TOM V. 1928 r. ZESZYT 3—4.

POLSKI PRZEGLĄD OTO-LARYNGOLOGICZNY

Dr. ANTONI DOBRZAŃSKI
Starszy Asystent Kliniki.

Rzadki przypadek brodawczaka twardego jamy nosowej i podniebienia twardego.

Z Kliniki otolaryngologicznej U. J. K. we Lwowie. Dyrektor: Prof. Dr. *T. Zalewski*

Brodawczaki występują w jamie nosowej pod różnemi postaciami. Wielu autorów jak Chavanne[1]), Hopmann[2]), Hasslauer[3]), Herxheimer[4]), Brüggemann[5]), Koffler[6]), u nas Sędziak[7]), Szmurło[8]) i inni, którzy sprawą brodawczaków w nosie się zajmowali, starało się wprowadzić podział brodawczaków, opierając się bądźto na umiejscowieniu ich, bądźteż na obrazie klinicznym lub drobnowidowym. W odróżnieniu do lat ubiegłych, kiedy w tej dziedzinie istniały duże niejasności, mamy dziś dzięki pracom z lat ostatnich podział brodawczaków bardziej ściśle przeprowadzony. Jedni autorowie, jak Chavanne[1]), Brock[9]) i inni, dzielili brodawczaki jamy nosowej według umiejscowienia, a mianowicie na brodawczaki przedniej, środkowej i tylnej jamy nosowej. Inni zaś, jak Hopmann[2]) i Brüggemann[5]) odróżniali brodawczaki miękkie i twarde, przyczem za miękkie uważali wszystkie brodawczakowate bujania lub przerosty śluzówki, powstałe skutkiem przewlekłych stanów zapalnych i pokryte nabłonkiem cylindrycznym, za twarde zaś uważali brodawczaki właściwe, jako guzy wyrastające w różnych miejscach śluzówki jamy nosowej, mające tendencję do szybkiego bujania a zbudowane z grubych warstw nabłonka wielowarstwowego płaskiego, na powierzchni zrogowaciałych i ułożonych na pasmach łącznotkankowych, które obfitują w drobne komórki naciekowe. Jeśli pominiemy zwyczajne brodawki, występujące w przedsionku nosowym oraz brodawczakowaty przerost śluzówki jamy nosowej a głównie muszli dolnej, powstały skutkiem przewlekłych stanów zapalnych i uważany przez niektórych autorów za brodawczaki mięk-

kie, to pozostaną nam ***brodawczaki właściwe***, jako guzy dobrotliwe, wyrastające w różnych miejscach jamy nosowej, najczęściej jednak na dolnej ścianie i przegrodzie nosowej. Brüggemann[5]) stara się wyodrębnić z brodawczaków miękkich, uważanych za zwykły przerost śluzówki, również brodawczaki właściwe miękkie jako guzy rzadko występujące podobnie jak brodawczaki twarde. Koffler[6]) mówi o tym rodzaju brodawczaków miękkich właściwych Brüggemanna w ten sposób: „Zarówno pierwszą jak i drugą formę miękkich brodawczaków (Brüggemanna) nie należy zaliczać do właściwych guzów. Także inni autorowie jak Zuckerkandel, Seifert, Hasslauer, Thost są zapatrywania, że miękkie brodawczaki nie są właściwemi guzami, tylko są natury czysto zapalnej. Ponieważ pod względem anatomopatologicznym pod brodawczakiem rozumiemy tylko jeden właściwy guz, a obie formy t. zw. brodawczaków miękkich są tworami czysto zapalnemi śluzówki, przeto nie są właściwemi guzami; skutkiem tego ***nazwę brodawczaka należy zachować tylko dla brodawczaka twardego.*** Przez to unikniemy w dużej mierze dotychczas panującego zamieszania w tej kwestji". Wszyscy autorowie zgodnie potwierdzają, że brodawczaki twarde właściwe występują w jamie nosowej bardzo rzadko. Według bowiem zestawienia Hasslauera[3]) było w piśmiennictwie opisanych właściwych brodawczaków twardych w jamie nosowej 32 przypadków do r. 1900, o ile wszystkie były brodawczakami właściwymi w pojęciu dzisiejszem, a Herxheimer[4]) zebrał 6 dalszych do r. 1915. Koffler[6]) zaś w r. 1921 dodaje 3 przypadki przez siebie obserwowane w ciągu 20-letniej pracy klinicznej. Sędziak[7]) w r. 1913 twierdził, że brodawczaków twardych jest tylko 5 przypadków opisanych, że więc należą one do bardzo wielkiej rzadkości.

Brodawczak twardy właściwy jamy nosowej wyrasta w miejscach, gdzie znajduje się prawidłowo śluzówka wysłana nabłonkiem migawkowym. Z tego też powodu jest on ciekawy, jak mówi Zarniko[10]), z punktu widzenia teoretycznego. Nabłonek bowiem migawkowy ulega najprawdopodobniej skutkiem przewlekłych stanów zapalnych metaplazji na nabłonek wielowarstwowy płaski, dając przez to możność powstania brodawczaka twardego.

Brodawczak twardy jamy nosowej należy do nowotworów dobrotliwych, jednakowoż dzięki ogromnie szybkiemu rozrostowi może przez ucisk spowodować rozległe zniszczenie i zanik tkanki otaczającej. Nie daje on nacieczenia nowotworowego w tkance sąsiadującej, jak to czynią nowotwory złośliwe, lecz przez szybki rozrost

uciska tkankę sąsiadującą i powoduje rozległy jej zanik i to nietylko w tkankach miękkich, lecz także w chrząstce i kości.

Pod względem budowy drobnowidowej brodawczak twardy według Kofflera[6]) przedstawia się w sposób następujący: Na powierzchni obraz wybitnie soplowy. Każdy sopel ma wewnątrz pasemko łączno-tkankowe na powierzchni zaś rozległe warstwy nabłonka płaskiego przejściowego, zwłaszcza w młodych soplach, w starszych zaś nabłonek na powierzchni jest zrogowaciały. Pod wielkiem powiększeniem widoczny jest rząd komórek przy pasemku łączno-tkankowem o charakterze komórek warstwy podstawnej (*stratum basilare*), do tej zaś warstwy przylega warstwa komórek wrzecionowatych (*stratum spinosum*) o dużych przestrzeniach międzykomórkowych. Dalej ku obwodowi widzimy już komórki płaskie, na powierzchni zrogowaciałe. Sople te wyrastają na łączno-tkankowych wielkich pasmach, bogato unaczynionych oraz obfitujących w komórki naciekowe. Podobny opis obrazu drobnowidowego podają też inni autorowie. W odróżnieniu od tego obrazu drobnowidowego brodawczaka twardego, znajdujemy w obrazie brodawczaków miękkich sople o budowie wewnątrz łączno-tkankowej z komórkami naciekowemi, pokrytej na powierzchni warstwą komórek nabłonka migawkowego, znajdującego się, jak wiadomo, prawidłowo w jamie nosowej.

Przed dwoma laty mieliśmy sposobność spostrzegać i leczyć przypadek brodawczaka twardego jamy nosowej, który pod względem rozmiarów oraz rozległości zniszczenia, jakie spowodował, jest ciekawy i zasługujący na ogłoszenie. Chory ten był dwoma nawrotami w Klinice; przebieg jego historji choroby przedstawia się następująco:

Chory Teodor F., lat 32, podaje, że chorób w wieku dziecięcym nie przechodził i czuł się zdrów aż do jesieni r. 1918. W tym czasie zaczął odczuwać od czasu do czasu występujący ból w okolicy ciemieniowej prawej. Początkowo ból ten występował okresowo, lecz rzadko, mniej więcej raz na tydzień z biegiem zaś czasu stawał się coraz częstszym i rozszerzał się w okolicę czołową i skroniową prawą. Od trzech lat ból ten jest stały i trwa aż do dziś bez przerwy. Promieniuje on w kierunku ucha prawego, prawej połowy szyi i prawej szczęki górnej. Przed trzema laty pacjent miał przechodzić jakąś chorobę górnych dróg oddechowych z trudnością w oddychaniu a nawet z dusznością (przypuszczalnie twardziel). Objawy te później ustąpiły. Od trzech lat datuje chory swoje schorzenie obecne, które początkowo objawiało się pod postacią częściowego obecnie

zaś całkowitego zatkania prawej jamy nosowej. Chory skarży się też obecnie na uporczywe bóle głowy rwące i piekące po stronie prawej, które w ostatnich czasach występują bardzo często i trwają długo; skarży się również na zwiększoną wydzielinę śluzowo-ropną z nosa, szczególnie z prawej jamy nosowej, oraz na całkowite zatkanie prawej jamy nosowej.

9.II 1925. *Stan obecny*: Chory wzrostu średniego, miernej budowy kośćca, miernego odżywienia. Skóra nieco blada, a widoczne błony śluzowe blado-różowe. Ciepłota popołudniowa 37°5, tętno 108 na minutę, rytmiczne i miernie napięte. Narządy wewnętrzne bez szczególnych zmian. Na głowie stwierdza się bolesność prawej okolicy ciemieniowej i skroniowej, gałęzie zaś nerwu trójdzielnego są niebolesne. Źrenice są równe i oddziałują dobrze na światło i akkomodację.

Nos niesymetrycznie rozdęty, po stronie prawej. Jama nosowa prawa w części przedniej, wysłanej śluzówką, jest wypełniona różowo-szarą masą na powierzchni guzkowatą, wyrastającą na szerokiej podstawie z dolnej ściany właściwej jamy nosowej i częściowo z przegrody. Masa ta jest pokryta obfitą śluzowo-ropną wydzieliną, po oczyszczeniu której widoczne są drobne, regularne guzki, na powierzchni gładkie o zabarwieniu różowo-szarem, za dotykiem łatwo krwawiące. Masa ta utrudnia badanie wnętrza jamy nosowej, jakkolwiek muszlę dolną i środkową można widzieć przy wziernikowaniu. Zapomocą zgłębnika można stwierdzić, że muszle nie są zrośnięte z masą nowotworową. Lewa jama nosowa jest drożna, a śluzówka jest pokryta obfitą śluzowo-ropną, częściowo zasychającą wydzieliną, po usunięciu której widoczne są na przegrodzie i dolnej muszli ***płaskie nacieki,*** na dotyk twarde i łatwo krwawiące, o zabarwieniu blado-różowem.

Badanie jamy nosowej od tyłu pozwala stwierdzić zawinięcie języczka na górną powierzchnię podniebienia miękkiego, która jest pokryta drobnymi naciekami blado-różowymi. Nozdrza tylne są zwężone okrężnie przez nacieki, pokryte na obwodzie śluzowo-ropną wydzieliną.

Błona śluzowa *gardła* jest blada, pokryta suchą wydzieliną a na łukach podniebienia widoczne są miejscami blado-różowe drobne guzki i drobne blizenki.

W krtani prócz zmian nieżytowych żadnych nacieków się nie stwierdza. Gruczoły podszczękowe i szyjne są niepowiększone i niemacalne.

Wycięto skrawek z guza w jamie nosowej prawej i przesłano do badania drobnowidowego, do Zakładu anatomo-patologicznego U. J. K.

Badanie drobnowidowe pozwala stwierdzić: guz zbudowany z nabłonka pokrywkowego i tkanki łącznej. Nabłonek pokrywkowy ma charakter naogół nabłonka ***wielowarstwowego płaskiego,*** przypominający naskórek. Najpowierzchowniejsza warstwa nabłonka pła-

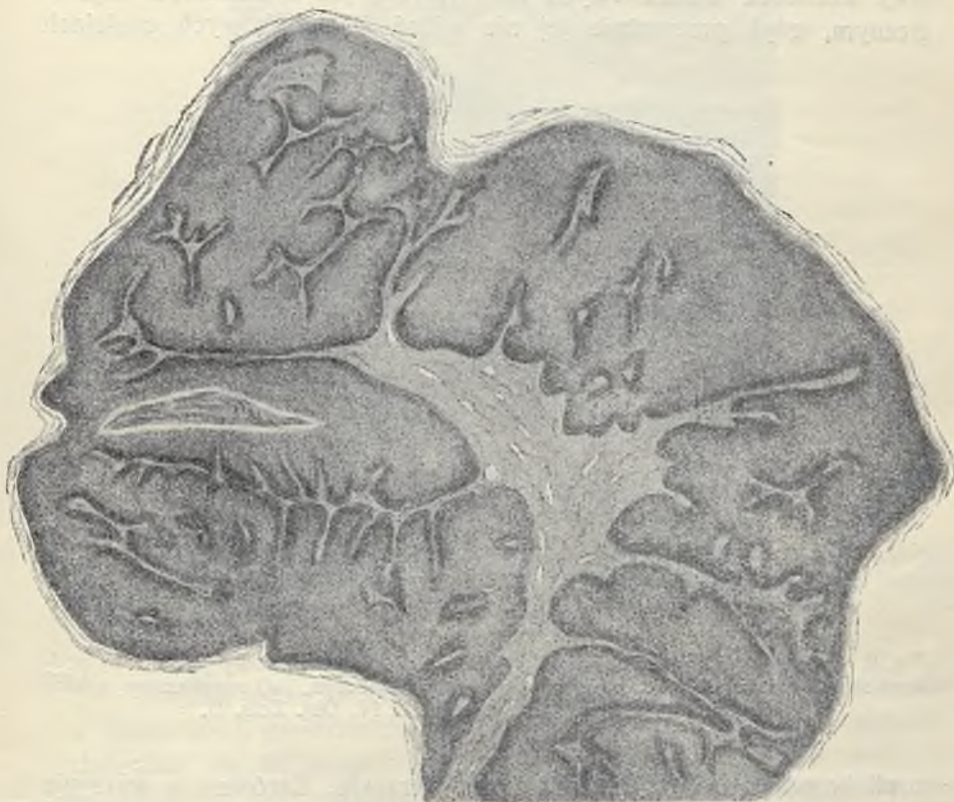


Fig. 1. Brodawczak nosa. Jedna z gałązek jego. Na powierzchni gruba warstwa nabłonka wielowarstwowego płaskiego, pokrywająca unaczynione podścielisko łączno-tkankowe, miejscami listewkowate. Ok. Rys. Leitz 11. Obj. Reichert O.

skiego ulega ***rogowaceniu,*** tworząc miejscami nawet bardziej jednostajne masy ***eozynochłonne,*** o mniej lub więcej zatartej budowie warstwowej. Tam, gdzie warstwowość jest zachowana, można doliczyć się dwudziestu kilku warstw. Bezpośrednio pod warstwą nabłonka, okazującego dążność do rogowacenia, znajdują się przestrzenie w kształcie szczelin lub jamek, wypełnione przeważnie jednostajną

silnie eozynochłonną masą (płyn surowiczy). Masy te stwierdza się nawet wciskające się w głębsze warstwy nabłonka. Nabłonek niezrogowaciały tworzy rodzaj *grubych sopli* nakształt sopli naskórka skóry, tylko większych i dłuższych. Komórki ich są *wielokątne*, przypominające nieco swem ułożeniem obraz naskórka, tylko warstwa podstawowa granicząca z tkanką łączną nie przedstawia obrazu warstwy komórek wałeczkowych tak typowej jak w naskórku fizjologicznym, gdyż przeważnie jej nie widać. W środkowych częściach

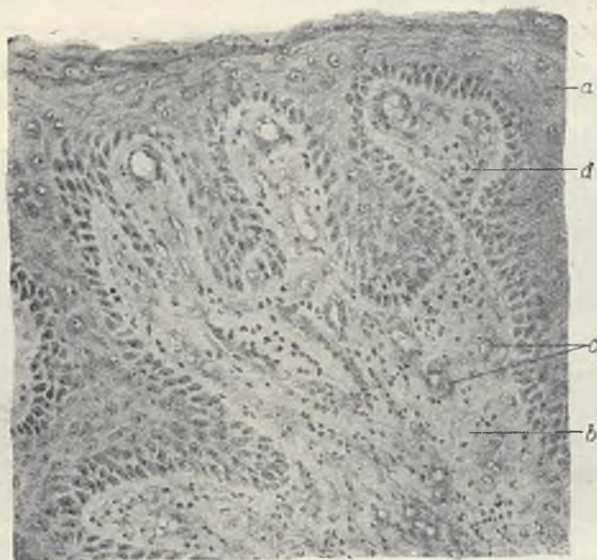


Fig. 2. Fragment z brodawczaka: *a*) nabłonek wielowarstwowy płaski, *b*) podścielisko łącznotkankowe, *c*) przekroje małych naczyń, *d*) nieznaczny naciek drobnokomórkowy. Ok. Rys. Leitz IV. Obj. Zeis. B.

sopli komórki są napęczniałe, jakby obrzękłe. Zarówno w warstwie rogowaciejącej, jak nieco głębiej stwierdza się między komórkami rozrzucone ciałka białe, przeważnie *leukocyty*. W miejscach zatartej struktury warstwowej nabłonka rogowaciejącego nacieki są obfite, świadczące o stanie zapalnym mniej lub bardziej zaostrzonym. Nabłonek ostro odcina się od podścieliskowej tkanki łącznej, miejscami nawet odstaje od niej. Tkanka łączna podścieliskowa przedstawia obraz tkanki łącznej włókienkowo-komórkowej, nacieczonej zapalnie drobno-komórkowo przedewszystkiem na granicy tkanki łącznej i nabłonka. Naczynia krwionośne niebardzo liczne (p. Figura 1, 2, 3).

Rozpoznanie anatomo-patologiczne wyciętego skrawka wykazuje *utkanie brodawczaka.*

Badanie powyższe oraz rysunki wykonano w Zakładzie Anatomji patologicznej U. J. K, a obraz drobnowidowy opisany jest przez JWP. Prof. D-ra Nowickiego, za co Mu w tem miejscu składam serdeczne podziękowanie.

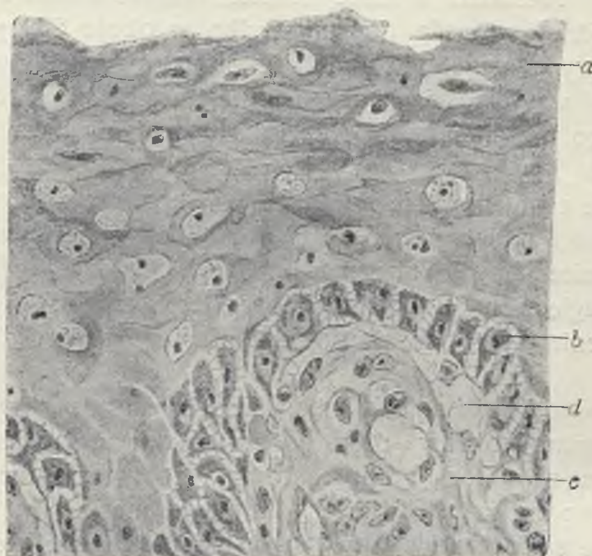


Fig. 3. Fragment z nabłonka: *a*) powierzchowna warstwa nabłonka płaskiego rogowaciejącego, *b*) warstwa nabłonka walcowatego, *c*) włókienka tkanki łącznej podścieliskowej, *d*) szczelina chłonna podnabłonkowa. Ok. Rys. Leitz IV. Ob. Reichert 7.

Badanie bakterjologiczne wydzieliny z nosa dało następujący wynik: w preparatach gramowych z wydzieliny prawej i lewej jamy nosowej stwierdza się bezpostaciowe masy, w przybłonku liczne leukocyty, mnóstwo gramododatnich ziarenkowców, laseczek i gramoujemnych laseczek. Na pożywkach, na płytce z agarem—ascites z wydzieliny z lewej jamy nosowej liczne kolonje gronkowca białego, laseczek saprofitycznych, micrococcus catarrhalis; na płytce z wydzieliny z prawej jamy nosowej liczne kolonje gronkowca białego, saprofitycznych laseczek i proteusa (Dr. Rypuszyńska).

Mamy tu więc do czynienia z guzem w jamie nosowej, którego charakter określa nam badanie drobnowidowe jako typowy obraz brodawczaka i to brodawczaka twardego właściwego, zaczem przemawia też obraz kliniczny. Prócz tego zmiany w lewej jamie noso-

wej, w jamie gardłowo-nosowej oraz w gardle w formie drobnych twardych guzków o zabarwieniu różowo-szarem, pozwalają nam rozpoznać ***twardziel*** (***skleroma***). Jakkolwiek badanie bakterjologiczne wydzieliny jamy nosowej nie wykazało zarazków twardzieli, to jednak z punktu widzenia klinicznego rozpoznanie twardzieli w naszym przypadku nie ulega żadnej wątpliwości. Według bowiem statystyki przypadków twardzieli w naszej Klinice badanie bakterjologiczne na prątki twardzieli wypada dodatnio tylko w około 80% przypadków, w 20% zaś wypada ujemnie, mimo że obraz kliniczny twardzieli nie ulega żadnej wątpliwości. Dlatego też ujemny wynik badania bakterjologicznego nie przemawia przeciw rozpoznaniu twardzieli w tym przypadku.

Zdjęcie rentgenowskie bocznych jam nosa wykazało, ***że prawa jama nosowa i prawa jama szczękowa są intenzywnie zaciemnione.*** Kostne granice jamy są utrzymane.

Ze względu na dobrotliwy charakter guza oraz ograniczone umiejscowienie przystąpiliśmy do usunięcia jego na drodze wewnątrznosowej.

I operacja. W znieczuleniu miejscowem przez zapędzlowanie 10% roztworem kokainy oraz po nastrzyknięciu podśluzówkowem okolicy guza zapomocą $^1/_2$ procentowego roztworu nowokainy wyskrobano zapomocą ostrej łyżki gruntownie masy guza. Okazało się przytem, że są one umiejscowione w przedniej części dolnego przewodu nosowego i sięgają mniej więcej do jednej trzeciej jego długości. Krwawienie przytem było niezbyt obfite i dało się zapomocą tamponady przedniej całkowicie opanować.

W przebiegu pooperacyjnym chory skarżył się na silne bóle w prawej połowie głowy. Podawano środki uśmierzające ból (pyramidon i pantopon). Po kilku dniach bóle znacznie się zmniejszyły, a jama nosowa prawa się oczyściła. W górnej jej części utrzymują się strupy zaschniętej wydzieliny ropnej.

Ponieważ zdjęcie rentgenowskie, jak wyżej podaliśmy, pozwoliło nam stwierdzić całkowite zaciemnienie jamy szczękowej prawej, należało więc przypuszczać, że albo mamy do czynienia z przewlekłem ropieniem tejże jamy, alboteż z wrastaniem nowotworu do prawej jamy szczękowej. W celu przekonania się co jest powodem zaciemnienia światła jamy szczękowej na kliszy rentgenowskiej, wykonaliśmy nakłucie jamy szczękowej prawej, w dolnym przewodzie nosowym i wypełniliśmy ją lipjodolem w ilości około 4 cm^3. Zdjęcie rentgenowskie wykonane po wypełnieniu jamy szczękowej lipjodolem



Fig. 4. Rentgenogram czaski z wypełnioną lipjodolem prawą jamą szczękową.

dało nam intenzywny cień jednolity w miejscu jamy szczękowej, posiadający na dolnej i górnej ścianie małe ubytki przybrzeżne, które powinny odpowiadać polipowatym zgrubieniom śluzówki wyścielającej jamę szczękową (zdjęcie wykonane sposobem podanym przez Dobrzańskiego i Lenartowskiego [11]) (p. Rentgenogram czaszki z lipjodolem).

Widzimy więc, że jama szczękowa nie jest wypełniona masami nowotworowemi, gdyż mielibyśmy wówczas drobno rozrzucone cienie wciskającego się wśród masy nowotworowej lipjodolu. Intenzywny cień spowodowany był przez przewlekłe ropienie prawej jamy szczękowej, zaczem przemawiała też wydzielina ropna, uzyskana przez wypłókanie po nakłuciu. W celu radykalnego wyleczenia prawej jamy szczękowej wykonano operację sposobem Denkera.

II operacja. W znieczuleniu miejscowem zapomocą zastrzyknięcia $^{1}/_{2}\%$ roztworu nowokainy do załamku wargi górnej, w okolicę nerwu oczodołowego dolnego i bocznej ściany nosa wykonano operację radykalną jamy szczękowej sposobem Denkera. Po otwarciu jamy szczękowej stwierdzono wewnątrz obfitą śluzowo-ropną wydzielinę oraz na powierzchni śluzówki polipowate zgrubienia na górnej i dolnej ścianie. Po usunięciu schorzałej śluzówki oraz stworzeniu połączenia z jamą nosową założono tampon, wyprowadzony przez nos, a brzegi śluzówki w miejscu cięcia w załamku wargi górnej zeszyto.

W przebiegu pooperacyjnym chory skarżył się na ból w policzku i okolicy górnych zębów. Wystąpił obrzęk prawego policzka. Po 2 dniach usunięto tampon z jamy szczękowej i przepłukano ją. W dalszem leczeniu przepłókiwano jamę szczękową przez otwór w jamie nosowej zapomocą rurki Jurasza. Po tygodniu płyn po wypłókaniu jamy szczękowej był zupełnie czysty, a obrzęk na twarzy całkowicie ustąpił.

Po 4 tygodniach skierowano chorego na naświetlania promieniami Rentgena w celu leczenia twardzieli jamy nosowej i gardłowej, oraz by zapobiec nawrotowi guza w prawej jamie nosowej, w której na dolnej ścianie i dolnej muszli zaczęły wyrastać guzki o kalafiorowatej powierzchni, podobne do usuniętego operacyjnie guza.

Drugie badanie bakterjologiczne wykonane po operacjach z wydzieliny obu jam nosowych nie stwierdziło żadnych drobnoustrojów specyficznych, prócz zwykle istniejących.

Po 10-dniowej obserwacji można było stwierdzić, że guz w prawej jamie nosowej znacznie się powiększył i spowodował jej zatkanie.

III operacja. Skutkiem tego przystąpiono do ***powtórnej operacji***

wewnątrznosowej i powtórnie wyskrobano dokładnie masy guza, przyczem krwawienie było dość obfite. Po zatamponowaniu krwawienie ustało. Po kilku dniach, w których zmieniano tampon z maścią borową, krwawienie ustało, a chorego wypisano z Kliniki na własne żądanie.

Chory zgłosił się powtórnie do Kliniki dnia 29/X 1926 roku. Podaje, że po opuszczeniu Kliniki (3.VI. 1925 r.) czuł się dobrze, bóle głowy ustąpiły, nos był drożny. Po dwu miesiącach jednak guz w nosie zaczął odrastać i w bardzo szybkiem tempie wypełnił jamę nosową. Nos w całości był rozdęty do wielkich rozmiarów, skóra na nim napięta i na grzbiecie nosa przedziurawiona. W miejscu pęknięcia na grzbiecie nosa jakoteż z boku nosa guz ten wyrastał nazewnątrz. Bóle głowy powtórnie wystąpiły szczególnie w okolicy ciemieniowej prawej.

Stan obecny: Ciepłota popołudniowa 37·5, tętno 100 na minutę, rytmiczne i miernie napięte.



Fig. 5. 1 Fotografja (przed ostatnią operacją).

Na głowie stwierdza się okolicę bolesną na ucisk, po obu stronach szwu strzałkowego, schodzącą na prawą okolicę skroniową aż do szyi.

Nos niesymetryczny skutkiem bardzo znacznego rozdęcia przez wypełniające go masy nowotworowe, które wystawały z obu otworów nosowych na zewnątrz, w postaci mas szaro-różowych na powierzchni guzkowatych, za dotykiem łatwo krwawiących.

Skóra na powierzchni nosa przebita jest w 2 miejscach przez nowotwór a mianowicie: na grzbiecie nosa i na skrzydełku po stronie prawej (patrz fotografja I. przed operacją).

W jamie ustnej na podniebieniu twardem widoczny wystający nad powierzchnię guz o tymsamym charakterze, wielkości dwuzłotówki, ostro się odgraniczający od śluzówki podniebienia.

W gardle śluzówka sucha i pokryta zaschłą wydzieliną. Poprzednio widziane nacieki twardzielowe całkowicie się cofnęły.

Krtań nie wykazywała większych zmian, prócz objawu suchego nieżytu.

Wzięto wycinek z mas nowotworowych wyrastających z nosa i posłano do *badania drobnowidowego*.

Oba skrawki t. j. wzięty z jamy nosowej i z grzbietu nosa przedstawiają *utkanie brodawczaka*, i wykazują naogół obraz podobny do opisanego przy pierwszem badaniu, tylko nabłonek jest cieńszy oraz nie widzi się tego zrogowacenia na powierzchni co poprzednio. W strzępach otaczającej błony śluzowej nabłonek cylindryczny posiada kilka warstw, zachowując naogół charakter nabłonka migawkowego. W innych zaś nabłonka brak a powierzchowne warstwy ulegają martwicy. Tkanka łączna podnabłonkowa przedstawia obraz bujającej ziarniny silnie obrzękłej i obficie unaczynionej. Stwierdza się gdzieniegdzie zacierającą się granicę między soplem nabłonkowym a tkanką łączną, przyczem nabłonek sopla wnika językowato w tkankę łączną i gubi się w niej. (Badanie wykonano w Zakładzie Anatomji Patol. U. J. K. Dyrekt. Prof. Dr. Nowicki).

Gruczołów podszczękowych ani szyjnych nie stwierdza się. Nie są one zupełnie powiększone ani bolesne.

Ponieważ na podstawie badania drobnowidowego stwierdziliśmy, że mamy do czynienia z brodawczakiem, który jak powyżej opisano wypełniał całkowicie obie jamy nosowe powodując przedziurawienie przegrody nosowej podniebienia twardego oraz skóry nosa w 2 miejscach i ponieważ naświetlania rentgenowskie, zastosowane po poprzednich operacjach, nie zapobiegły nawrotowi, zdecydowaliśmy

się na wykonanie operacji od zewnątrz (rhinotomia lateralis) sposobem Moure'a.

IV operacja. W uśpieniu eterowem wykonano cięcie od nasady nosa po stronie lewej do otworu nosowego, odcinając całkowicie miękkie części skrzydła nosowego aż do nasady kostnej nosa. Na przednim brzegu szkieletu kostnego nosa po stronie prawej nacięto okostną, oddzielono ją od zewnątrz zapomocą raspatora razem z pokrywającemi ją częściami miękkiemi oraz od wewnątrz wraz ze śluzówką i zapomocą kleszczy kostnych usunięto wzdłuż brzegu częściowo kość, by mieć lepszy wgląd do jamy nosowej. Po nacięciu śluzówki jamy nosowej okazało się, że cała jama nosowa całkowicie wypełniona jest przez masy nowotworowe, które usunięto gruntownie zapomocą ostrej łyżki. Przegroda nosowa była całkowicie zniszczona w części chrzęstnej i kostnej, z wyjątkiem małego pasma z samego przodu. Nozdrza tylne znacznie zwężone, skutkiem blizn powstałych po obu stronach, po wygojonych naciekach twardzielowych; pozostały tylko małe okrągłe otwory o średnicy około $^1/_2$ cm. Po całkowitem usunięciu mas nowotworowych z prawej i lewej jamy nosowej wyłuszczono również guz wyrastający przez podniebienie twarde do jamy ustnej. Podniebienie twarde było przedziurawione wielkości 1 złotówki, przyczem można było stwierdzić, że brzegi tego przedziurawienia są zupełnie gładkie i niepokryte masami nowotworu. Guz w tym otworze dał się wyłuszczyć całkowicie. Następnie usunięto również zapomocą ostrej łyżki masy nowotworowe wyrastające ku górze w kierunku okolicy komórek sitowych. Muszle nosowe w obu jamach nosowych były utrzymane lecz skutkiem ucisku bardzo znacznie zmniejszone. Na bocznej ścianie prawej jamy nosowej widoczna była gładka prawidłowa śluzówka, przedziurawiona przez nowotwór. Masy nowotworowe, wrastające przez otwór po operacji radykalnej jamy szczękowej prawej, usunięto całkowicie. Krwawienie było bardzo znaczne, dało się jednak opanować po usunięciu całkowitem guza zapomocą silnej tamponady obu jam nosowych.

W ten sposób usunięto możliwie radykalnie nowotwór, szukając we wszystkich miejscach kontaktu z prawidłową śluzówką, od której dawał się łatwo oddzielić. Po zeszyciu śluzówki zeszyto również skórę szwami węzełkowymi w miejscu cięcia zewnętrznego.

W przebiegu pooperacyjnym zmieniano codziennie tampony w nosie z obu stron, oczyszczano jamę nosową zapomocą gazików napojonych wodą utlenioną. Przez kilka dni po operacji utrzymywał

się obrzęk twarzy i nosa, który po tygodniu pod okładami z kwaśnej wody całkowicie ustąpił.

Badanie drobnowidowe skrawków z usuniętego guza w obrazie drobnowidowym pozwoliło stwierdzić i tym razem utkanie *brodawczaka*.

Po tygodniu rana pooperacyjna zewnętrzna zagojona. Jama nosowa w miejscu, gdzie wyrastał nowotwór, zaczęła się wyściełać śluzówką, a miejsca obnażone ze śluzówki pokryte były ziarniną. Po 3 tygodniach od operacji jama nosowa była zupełnie czysta i wysłana śluzówką, a brzegi otworu w podniebieniu twardem gładkie. Kształt nosa powrócił do stanu prawidłowego, a tylko w miejscach przebicia na grzbiecie i na prawem skrzydełku widoczne są małe zaciągnięte blizenki. Chorego skierowano do Zakładu dentystycznego U. J. K. celem wykonania płytki, któraby zamykała otwór w podniebieniu. O ile się wyjmie tampony z nosa, chory ma mowę



Fig. 6. II Fotografja (po ostatniej operacji).

nosową. Po założeniu płytki od strony jamy ustnej, ściśle przylegającej do podniebienia twardego chory mówi i przełyka zupełnie prawidłowo. Jamy nosowej więcej się nie tamponuje. Dwumiesięczna obserwacja chorego w Klinice nie wykazywała nigdzie nawrotów; obecnie po 1 $^{1}/_{2}$ rocznej przerwie chory czuje się zupełnie dobrze i nawrotu żadnego w jamie nosowej się nie stwierdza (p. Fotografja II po operacji)

Przypadek, powyżej opisany, jest ciekawy ze względu na charakter nowotworu i ze względu na ogromny jego rozrost. Co się tyczy powstawania brodawczaka twardego w jamie nosowej, to niektórzy autorowie przypuszczają, że przewlekłe stany zapalne, przedewszystkiem specyficzne, po wygojeniu n. p. kilaków, gruźlicy, mogą stworzyć dogodne warunki dla jego rozwoju. Nabłonek migawkowy, który w przypadkach prawidłowych wyściela śluzówkę, ulega skutkiem stanów przewlekłych zapalnych w niektórych miejscach, zwłaszcza w tych, gdzie były głębsze nacieki lub owrzodzenia, przemianie w nabłonek wielowarstwowy płaski. W naszym przypadku klinicznie stwierdziliśmy obok brodawczaka jamy nosowej także nacieki twardzielowe. Twardziel, jako schorzenie przewlekłe jamy nosowej, mogła spowodować również metaplazję nabłonka migawkowego w nabłonek wielowarstwowy płaski i następnie bujanie nowotworu o charakterze brodawczaka twardego właściwego. Czas rozwoju brodawczaka w naszym przypadku przed pierwszem wyłuszczeniem tegoż na drodze wewnątrz-nosowej trwał, jak chory podaje, dość długo, bo do trzech lat. Nawrót jego jednak po dwukrotnem wyskrobaniu wystąpił bardzo szybko, bo już po 2 miesiącach nowotwór zaczął bujać i to w tak szybkiem tempie, że po dalszych 2 miesiącach doprowadził do całkowitego wypełnienia jamy nosowej, nadmiernego rozdęcia nosa, przebicia skóry nosa w 2 miejscach i przebicia podniebienia twardego. Szybki ten rozwój, który w ciągu 4 miesięcy doprowadził do tak znacznego zniszczenia sąsiadujących tkanek, których zanik powstał najprawdopodobniej skutkiem ucisku, jest ogromnie ciekawy i przypomina nam zniszczenie, jakie może wywołać nowotwór złośliwy. Różnicę jednak można było stwierdzić przy ostatnim zabiegu operacyjnym, w czasie którego masy nowotworowe dawały się prawie na tępo wyłuszczać i ostro się odgraniczały od tkanki zdrowej. W miejscach, gdzie było przedziurawienie t. j. na podniebieniu twardem, przegrodzie nosowej i skórze nosa, stwierdziliśmy, że brzegi otworów były zupełnie gładkie i nienacieczone masami nowotworowemi. Brodawczak w naszym przypadku nie dawał powięk-

szenia gruczołów okolicznych ani też przerzutów w innych narządach. Miał więc pod tym względem charakter dobrotliwego guza.

Różni autorowie podali różne sposoby leczenia. Jedni twierdzili, że wystarczy usunięcie zapomocą pętli galwano-kaustycznej. Inni usuwali na drodze wewnątrz-nosowej zapomocą pętli zimnej. Były to jednak przeważnie brodawczaki nieznacznych rozmiarów. Scheibe opisuje przypadek brodawczaka jamy nosowej wyleczonego za pomocą promieni Röntgena. Syk [13]) stosował rad w jednym przypadku.

W naszym przypadku zdecydowaliśmy się na zabieg jaknajbardziej radykalny z tego względu, że dwukrotnie wykonane usunięcie guza na drodze wewnątrz-nosowej jakoteż naświetlanie promieniami Röntgena nie zapobiegło nawrotowi. Wykonaliśmy więc operację radykalną cięciem od zewnątrz t. zw. *rhinotomia lateralis*, by mieć dobry wgląd i dostęp do całkowitego i gruntownego wyłuszczenia nowotworu. Zabieg ten odpowiedział całkowicie swemu zadaniu, gdyż pozwolił nam w zupełności brodawczak wyłuszczyć, nie dając przytem żadnego prawie zeszpecenia nosa. (Fotografja po operacji).

Obserwacja powyżej opisanego przypadku poucza nas, że w razie znacznego rozrostu brodawczaka, całkowite usunięcie guza jest możliwe tylko przez operację zewnętrzną.

Kubo [14]) opisuje dwa przypadki brodawczaka twardego jamy nosowej, które operował przez resekcję częściową szczęki górnej. Wynik w obu przypadkach był dobry.

Wnioski, które się nam nasuwają na podstawie obserwacji naszego przypadku są następujące:

1) Brodawczak twardy właściwy jamy nosowej jako guz rzadki może osiągnąć wielkie rozmiary nawet w bardzo krótkim czasie i spowodować zniszczenie tkanek sąsiadujących, nawet chrząstki i kości. Rozwinął się w naszym przypadku w przebiegu twardzieli i przewlekłego ropienia jamy szczękowej i powodował silne bóle w prawej połowie głowy.

2) Pod względem budowy w obrazie drobnowidowym przedstawia się jako guz zbudowany z poszczególnych sopli posiadających wewnątrz pasemka łączno-tkankowe z naczyniami krwionośnemi a na zewnątrz grubą warstwę utkania nabłonkowego. Utkanie nabłonkowe ma charakter nabłonka pokrywkowego, a mianowicie nabłonka wielowarstwowego płaskiego, na powierzchni rogowaciejącego. Zarówno między komórkami nabłonka jakoteż w tkance łącznej widoczne są komórki naciekowe. Pod nabłonkiem znajdują się szczeliny wypełnione płynem surowiczym.

3) Najpewniejszą metodą usunięcia rozległego brodawczaka twardego jamy nosowej jest doszczętne jego wyłuszczenie przez operację, wykonaną od zewnątrz (*rhinotomia lateralis*), o ile na drodze wewnątrz-nosowej nie osiągniemy celu.

4) Naświetlania promieniami X nie powodowały cofania się brodawczaka w opisanym przypadku i nie zapobiegły jego nawrotowi.

Piśmiennictwo:

1. Chavanne F.: Papillomes des fosses nasales. Annales des maladies de l'oreille. T. XXXIII. 1907. 2. Hopmann: Die papillären Geschwülste der Nasenschleimhaut. Virchovs Archiv T. 93.1883. 3. Hasslauer: Tumoren der Nasenscheidewand. Archiv für Laryngologie. Bd. X. 1900. 4. Herxheimer cytowany przez Koffler'a. 5. Brüggemann cytowany przez Koffler'a. 6. Koffler: Die harten Papillome der Nasenhöhle. Monatsschrift f. Ohrenheilkunde Suppl. Bd. 1921. 7. Sędziak: Nowotwory dobrotliwe w górnych drogach oddechowych. Przegląd lekarski 1913. 8. Szmurło: Warszawskie Towarzystwo otol. (pokaz) 1911. 9. Brock: Papillome der Nase. Arch. f. Laryngologie. Bd. XXVI. 1912. 10 Zarniko: Die Krankht. der Nase S. 527. 11. Dobrzański & Lenartowski: O stosowaniu lipjodolu w djagnostyce rentgenologicznej schorzeń jam szczękowych P. G. L. Nr. 25. 1925. 12. Scheibe: Behandlung der Papillome u. papillomatöser Karcinome in der Nase. Archiv für Laryngol. Bd. XXXIII. 1920. 13. Syk: Bericht über einen „papilloma verum nasi" mit Radiumbehandlung. Ztlblat. 1914. 14. Kubo: Ob papilloma durum der Nasenhöhle gutartig ist. Ztlblatt f. Laryngologie 1912. (*ref.*)

Z Kliniki Otolaryngologicznej Uniwersytetu J. K. we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr. *T. Zalewski.*

Leczenie twardzieli środkami chemicznemi.

Podał Dr. KAZIMIERZ SZUMOWSKI
asystent kliniki.

(Według odczytu wygłoszonego w Sekcji Otolaryngologicznej II Zjazdu Lekarzy Słowiańskich i VI Zjazdu Czechosłowackich Przyrodników, Lekarzy i Inżynierów w Pradze w dniu 27 maja 1928).

Wstęp.

Twardziel *(rhinoscleroma)* należy niewątpliwie do najcięższych chorób, jakie istnieją, tem więcej, że ofiarą jej padają przeważnie osobniki młode i w pełni sił. Szerzy się ona głównie na ziemiach słowiańskich, przedewszystkiem w Polsce, następnie w Czechosłowacji, Jugosławji, Białej Rusi. Pojedyncze ogniska twardzieli są poroz-

rzucane też po innych krajach. W Polsce dzielnicą najbardziej dotkniętą tą chorobą jest Małopolska Wschodnia i dzielnice z nią sąsiadujące, a Lwów jest jakgdyby głównym ośrodkiem tej choroby, ponieważ dookoła Lwowa grupują się gęsto poszczególne wielkie ogniska twardzielowe i do Lwowa też ściągają licznie zewsząd z zajętego terytorjum chorzy, dotknięci tą chorobą.

Znajomość twardzieli z każdym rokiem postępuje naprzód i to zarówno pod względem anatomo-patologicznym, i etjologicznym, jak i terapeutycznym. W dotychczasowem leczeniu twardzieli wyodrębnić się dadzą dwa kierunki postępowania: postępowanie operacyjne, w którem staramy się bezpośrednio usunąć lub zniszczyć nacieki twardzielowe, i postępowanie nieoperacyjne, w którem staramy się pośrednio zadziałać na nacieki i uzyskać ich cofanie się.

W metodzie postępowania operacyjnego na pierwszy plan wysuwa się chirurgiczne usunięcie nacieków na ostro, dalej stałe wywieranie ucisku w postaci pręcików blaszeńcowych (laminaryj) — do nosa, rozszerzadeł Schröttera — do krtani i rur Brünningsa — do tchawicy, wreszcie galwanokaustyka i elektrokoagulacja w miejscach zbliznowaciałych.

W metodzie postępowania nieoperacyjnego na pierwszy plan wysuwają się naświetlania promieniami Röntgena, dalej leczenie szczepionkami i autowakcyną, wreszcie leczenie środkami chemicznemi. Naświetlania promieniami radu i mezotoru wymagają jeszcze dalszych obserwacyj i większej liczby przypadków.

Leczenie operacyjne twardzieli okazało się niewystarczającem, gdyż bardzo często nie daje całkowitego usunięcia nacieków i dlatego nie zabezpiecza od nawrotów. Chcąc się od nich uchronić, zmuszeni jesteśmy kombinować leczenie operacyjne z nieoperacyjnem, a więc po usunięciu czy zniszczeniu nacieków, poddać jeszcze chorego serjom naświetlań promieniami X. Z drugiej strony leczenie promieniami Röntgena jest dość kosztowne i z tego powodu mniej dostępne dla ludzi niezamożnych. Niestety, twardziel dotyka właśnie przeważnie ludność wiejską i niezamożną, której trudno zdobyć się na kosztowne leczenie, wymagające częstego wyjazdu do większych miast z powodu konieczności częstego powtarzania naświetlań.

Wobec ogromnego rozszerzenia się twardzieli wśród biednej ludności wiejskiej, tak, że nawet nazywają tę chorobę „trądem chłopskim", leczenie tej choroby będzie w znacznym stopniu ułatwione, gdy sposoby leczenia staną się dostępnemi dla wszystkich lekarzy,

mających bezpośrednią styczność z ludnością ognisk twardzielowych. Z dotychczasowych metod leczniczych, tylko leczenie środkami chemicznemi można uważać za nadające się do ogólnego stosowania, gdyż leczenie szczepionkami i autowakcyną posiada różne ujemne cechy. Z jednej strony przygotowanie szczepionki, czy autowakcyny wymaga specjalnych urządzeń i natrafia dziś jeszcze na znaczne trudności, z drugiej strony leczenie to wymaga długiego okresu stosowania, a daje naogół, jak dotąd, niezbyt pewne wyniki lecznicze.

Przegląd piśmiennictwa.

Próby leczenia chemicznego twardzieli były już robione na parę lat przed wojną. Mianowicie przy modnej wówczas terapji salwarsanowej, stosowano ten nowy preparat również w twardzieli na wielu przypadkach. Szereg autorów, jak *Wieser* (1) z Kliniki lwowskiej, *Lubliner* (2 i 3), *Lieck* (4), *Kämpfer* (5) nie widzieli najmniejszego wpływu po zastrzykach salwarsanu na przebieg choroby, byli jednakże również autorzy jak *Hölscher* (6), *Basch* (7), *Canapele* (8), którzy opisali pojedyńcze przypadki twardzieli, wyleczonej zupełnie lub z dużą poprawą po zastrzykach tego środka.

Po wojnie sprawa chemicznego leczenia twardzieli na nowo nabrała żywotności. Szereg autorów robi doświadczenia i próby nad wpływem różnych środków chemicznych na twardziel. *Kubelik* (9) zwraca uwagę na lecznicze działanie winianu antymonowego (*tartarus stibiatus*) ze względu na silną wrażliwość prątków twardzieli na ten preparat. Doświadczenia *Ledl'a* (10) na chorych przy stosowaniu dożylnem 1% roztworu winianu antymonowego po 5 cm^3 w odstępach kilkudniowych wykazały duży wpływ leczniczy tego środka na twardziel. Już po kilku zastrzykach autor spostrzegał wilgotnienie błony śluzowej, znikanie zapachu, strupów i nacieków, a nawet niekiedy rozmiękanie blizn twardzielowych. Badania innych autorów tego działania leczniczego dotychczas jeszcze nie potwierdziły.

Jindra (11) w swej pracy o chemoterapji twardzieli przypisuje większą rolę w leczeniu tej choroby cytrynianom i winianom metali, przedewszystkiem bizmutu. Na szeregu przypadków stosuje trepol, będący winianem sodowo-potasowym bizmutu w 10% oleistej zawiesinie (o zawartości 50% Bi w stanie suchym). Stosuje również później na szeregu przypadków bizmut kolloidalny. Opisuje przypadki, w których spostrzegał zupełne zniknięcie nacieków twardzielowych

pod wpływem tego leczenia. Zwłaszcza świeże nacieki wykazywały wielką skłonność do cofania się już po 6—7 zastrzykach. Stare nacieki wymagały dłuższego leczenia i nie cofały się zupełnie, lecz przechodziły w tkankę bliznowatą. Na podstawie dalszego spostrzegania swoich jedenastu przypadków leczonych tą metodą, *Jindra* (12 i 13) doszedł do wniosku, że leczenie bizmutem nigdy nie doprowadza do zupełnego wyleczenia twardzieli, tylko do spłaszczenia nacieków i, że nawroty tej choroby nie są wykluczone.

Uwagi ogólne.

Punktem wyjścia dla doświadczeń klinicznych nad leczeniem twardzieli środkami chemicznemi, które przeprowadziłem na Klinice Otolaryngologicznej we Lwowie w r. akad. 1927/28, były dotychczasowe doświadczenia autorów nad chemoterapją twardzieli, w krótkości powyżej streszczone. Postanowiłem przedewszystkiem wypróbować działanie bizmutu na twardziel i to przedewszystkiem preparatów polskich, zawierających ten metal. Z tych zacząłem stosować Luatol, będący 10% wodnym roztworem winianu sodowo-potasowego bizmutu (o zawartości 48% Bi w stanie suchym) i Bismuth.-Chinin. Jodat. *), będący 10% zawiesiną podwójnej soli jodowej bizmutu i chininy w oliwie fenolowanej (o zawartości 21% Bi, 12% chininy i 52% J w stanie suchym). Z drugiej strony nie zaniedbano prób znalezienia innego, ewentualnie lepiej działającego, środka. Z tego założenia wychodząc, wypróbowano na Klinice we Lwowie działanie na twardziel chininy z neosalwarsanem (nowarsenobenzolem „Billon"), oraz działanie argochromu, będącego połączeniem błękitu metylowego ze srebrem.

W ubiegłym roku akademickim ogółem leczono chemicznie 22 przypadki twardzieli, z tego 9 mężczyzn i 13 kobiet.

Wiek chorych przedstawiał się w sposób następujący:

Od 16 — 20 lat	 9	przyp.	(2 m. i 7 k.)
„ 21 — 30 „	 11	„	(6 m. i 5 k.)
„ 31 — 40 „	 1	„	(1 m.)
powyżej 40 „	 1	„	(— 1 k.)
Razem:	... 22	przyp.	(9 m. i 13 k.)

*). Oba te preparaty bizmutowe wytwarzane są przez Przem. Handl. Zakłady Chemiczne L. Spiess i Syn w Warszawie.

Znaczna większość przypadków pochodziła z Małopolski Wschodniej, mianowicie:

Z Małopolski Wschodniej	 15	przyp.	(5 m. i 10 k.)
„ Wołynia	 3	„	(2 m. i 1 k.)
„ Wojew. Lubelskiego	 2	„	(1 m. i 1 k.)
„ „ Kieleckiego	 1	„	(1 m.)
„ „ Krakowskiego	 1	„	(— 1 k.)
Razem	. . . 22	przyp.	(9 m. i 13 k.)

Stosunki wyznaniowe odpowiadały stosunkom etnograficznym:

Wyzn. rzym. kat.	 6	przyp.	(4 m. i 2 k.)
„ gr. kat.	 13	„	(3 m. i 10 k.)
„ prawosł.	 2	„	(2 m.)
„ mojż.	 1	„	(— 1 k.)
Razem	. . . 22	przyp.	(9 m. i 13 k.)

Wszystkie przypadki miały zajęte zmianami twardzielowemi nos i jamę nosowogardłową, w 19 przypadkach zajętą była krtań, w 15 tchawica, w 2 przypadkach gardło i w jednym przypadku woreczek łzowy.

Rozpoznanie twardzieli odbywało się nietylko na podstawie objawów klinicznych, lecz w każdym przypadku leczonym klinicznie wykonywane były badania dodatkowe, a więc badanie histopatologiczne wycinka z nosa, niekiedy także z krtani i tchawicy w Zakładzie Anatomji Patologicznej U.J.K. (Dyrektor: Prof. Dr. *W. Nowicki*), badanie bakterjologiczne wydzieliny z nosa, tchawicy, oraz badanie serologiczne krwi, a mianowicie oznaczanie odczynu zlepnego i wiązania dopełniacza Bordet-Gengou z prątkami twardzieli oraz odczynu Wassermanna i Sachs-Georgi'ego w Państwowym Zakładzie Higjeny we Lwowie (Dyrektor: Doc Dr. *N. Gąsiorowski*).

Badania te były w pewnej liczbie przypadków co pewien czas powtarzane i one również często potwierdzały wyraźnie poprawę kliniczną. Mianowicie w preparatach histopatologicznych w przypadkach leczonych bizmutem dał się zauważyć silny rozwój tkanki łącznej włóknistej, wyraźne zmniejszenie się liczby komórek Mikulicza oraz nacieki komórek plazmatycznych i leukocytów. Tak samo prątki twardzieli obficie znajdowane w wydzielinie nosowej w początku leczenia, pod koniec leczenia chemicznego nie dały się w paru przypadkach wykazać mimo kilkakrotnego badania. Wspominam o tem tylko pobieżnie, gdyż szczegółowych wniosków o wpływie leczenia chemicznego na budowę histologiczną tkanki twardzielowej i na prątki

twardzieli dziś jeszcze wyprowadzić nie można z powodu krótkiego czasu spostrzegania i małej liczby przypadków, leczonych chemicznie, w których badania te częściej były powtarzane.

Wreszcie wspomnieć muszę w kilku słowach o trudnościach, na jakie natrafia spostrzeganie, a zwłaszcza ocena zmian twardzielowych i poprawy w zależności od umiejscowienia tych zmian w poszczególnych odcinkach dróg oddechowych. Najłatwiej spostrzegać można wpływ leczenia chemicznego na twardziel w nosie i gardle, i tu mamy też stosunkowo największy procent poprawy. Znacznie trudniej można ocenić zmiany twardzielowe i poprawę w jamie nosowogardłowej i krtani. Najtrudniej do oceny przedstawia się tchawica i oskrzela, gdyż, aby stwierdzić zmiany twardzielowe, trzeba wykonać tracheo względnie bronchoskopję, a wiadomo znowu, że ucisk, wywierany przez rurę bronchoskopu, działa sam jako taki leczniczo. W 3 przypadkach ze względu na krótki czas spostrzegania i wspomniane trudności nie oznaczono osiągniętego wyniku leczniczego w zakresie tchawicy, ograniczając się tylko do przedstawienia klinicznego obrazu zauważonych zmian i zostawiając ocenę ewentualnej poprawy na później.

Leczenie twardzieli Luatolem.

Leczenie to odbywało się na 10 przypadkach, 7 kobietach i 3 mężczyznach w wieku od 17 — 51 lat. Długość choroby trwała według wywiadów od 4 miesięcy do 12 lat, a mianowicie dwa przypadki podały początek objawów od 4 miesięcy, dwa od 6 miesięcy, trzy od roku, jeden od 4 lat, jeden od 7 lat i jeden od 12 lat. Dane te należy przyjmować z pewnem zastrzeżeniem, a to ze względu na powolny rozwój choroby, mogący ujść uwadze chorego, po większej części mało inteligentnego. Na obserwowanych 10 przypadków wszystkie miały zajęte zmianami twardzielowemi nos i jamę nosowogardłową, w siedmiu przypadkach zajętą była krtań, w sześciu tchawica, w jednym przypadku gardło i w jednym woreczek łzowy, w postaci guza twardzielowego, wychodzącego z niego, wielkości orzecha laskowego.

Leczenie odbywało się w postaci domięśniowych zastrzyków po 1 cm^3 luatolu (=0,1 winianu sodowo-potasowego bizmutu), stosowanych co drugi dzień serjami od 9—16 zastrzyków, a przeważnie obejmujących 10 zastrzyków. Serje zastrzyków były powtarzane po przerwie od jednego do kilku tygodni. Największa ilość zastrzyków obejmuje w jednym przypadku 27 (przyp. 2), w drugim 26 (przyp. 7), najmniejsza w pięciu przypadkach 10 zastrzyków.

Przez cały czas trwania leczenia i obserwacji klinicznej stale kontrolowano działalność nerek i stan jamy ustnej w celu uniknięcia mogących wystąpić białkomoczu lub zapalenia dziąseł. W razie spostrzeżenia śladu białka w moczu, co się zdarzyło w dwóch przypadkach (2 i 21), przerywano leczenie. W przypadku 2-gim przerwa wyniosła dwa i pół miesiąca, a w czasie drugiej serji zastrzyków, stosowanych u tej chorej, białka w moczu już nie znaleziono. Objawów zapalenia dziąseł nie spostrzegano zupełnie, co najwyżej w paru przypadkach dało się zauważyć osadzanie się bizmutu w postaci szarego rąbka na brzegu dziąseł. W celu uniknięcia zapalenia dziąseł zwracano baczną uwagę na czyste utrzymywanie zębów przez chorych, oraz zalecano częste płókanie jamy ustnej wodą utlenioną.

Działanie luatolu na twardziel okazało się bardzo korzystne. Na 10 spostrzeganych przypadków w siedmiu osiągnięto wyraźną poprawę, a z tego w trzech poprawę graniczącą z wyleczeniem. Trzy przypadki, w których wyraźnej poprawy nie stwierdzono (przyp. 16, 19 i 22) spostrzegane były bardzo krótko, bo zaledwie około trzech tygodni. Jednakże w przypadkach świeżych (15 i 18) nawet tak krótki czas spostrzegania (3 tygodnie) wystarczył do zauważenia wyraźnej poprawy.

Działanie luatolu zaznaczało się w świeżych przypadkach już po pierwszych kilku zastrzykach w postaci zwilgotnienia błony śluzowej nosa, znikania zasychającej wydzieliny i strupów, oraz w znikaniu specyficznego zapachu twardzielowego. Najważniejszem jednak działaniem leczniczem luatolu było cofanie się nacieków twardzielowych zarówno w nosie, jak w krtani i tchawicy, które stawały się w miarę przebiegu kuracji coraz bardziej płaskie i wykazywały wyraźną skłonność do bliznowacenia. Im świeższy był przypadek, tem szybciej dawała się zauważyć poprawa. I tak nacieki świeże, jak np. w przypadku 13-tym i 18-tym, znikały prawie bez śladu, nacieki stare np. w przypadku 12-tym, zmniejszały się i przechodziły w tkankę bliznowatą. Z reguły po ukończeniu pierwszej serji zastrzyków w ilości około 10, dawała się zauważyć wyraźna poprawa w stanie chorego. Podmiotowo chorzy zawsze odczuwali znaczną ulgę w postaci znikania strupów w nosie, zmniejszania się chrypki i łatwiejszego oddychania, co jest wyrazem cofania się zmian anatomicznych.

Działanie lecznicze luatolu trwa nietylko w czasie samego stosowania tego środka, lecz znacznie dłużej i po zaprzestaniu zastrzyków. W niektórych przypadkach po przerwie, trwającej zwykle od jednego do sześciu tygodni, dawała się zauważyć dalsza poprawa

w stanie chorego. Miało się tu do czynienia z pewnego rodzaju kumulacją tego środka w organizmie (przyp. 2 i 13). W czasie stosowania drugiej serji zastrzyków stan chorego dalej się w większości przypadków poprawiał.

Zastrzyki luatolu, stosowane domięśniowo, są prawie zupełnie bezbolesne i stale przebiegały bez jakiejkolwiek większej reakcji ogólnej, np. podwyższenia ciepłoty, jak również miejscowej w postaci zaczerwienienia czy obrzęku, co najwyżej występowała lekka bolesność w miejscu wkłucia igły.

Obserwacja przypadków leczonych luatolem trwała narazie od 3 tygodni do 6 miesięcy. Dopiero dłuższe spostrzeganie pozwoli stwierdzić, czy osiągnięte wyniki będą trwałe i czy będą zabezpieczały od nawrotów.

Przebieg choroby w przypadkach leczonych luatolem przedstawia się w sposób następujący:

Lp. 2. P. K. lat 26, k.*).

Wywiady. Chora od roku. Pierwsze objawy chrypka, duszność, utrudnione oddychanie przez nos. Z powodu duszności, stale zwiększającej się, przyjęta do kliniki.

5.X. 1927. **Stan obecny.** Nos: Rozlane świeże nacieki okrężne na przegrodzie i muszlach po obu stronach, zwężające silnie światło nosa. Dużo zaschniętej wydzieliny, zapach specyficzny. Drożność nosa znacznie upośledzona.

Gardło: Błona śluzowa przekrwiona.

Jama nosowogardłowa: Naciek rozlany na górnej powierzchni podniebienia miękkiego, znaczne okrężne zwężenie choan do wielkości małej fasoli, zaschnięta wydzielina.

Krtań: Nacieki na więzadłach prawdziwych i podwięzadłowe, schodzące niżej wgłąb tchawicy, zwężające światło głośni okrężnie do wielkości małego ziarna grochu. Ruchomość więzadeł upośledzona.

Tchawica: Rozlane nacieki, zwężające okrężnie światło tchawicy na całej długości do połowy przekroju, pokryte zasychającą wydzieliną. W okolicy rozdwojenia płaskie nacieki, częściowo zwężające światło obu oskrzeli.

Wycinek z nosa: *Rhinoscleroma.*

Prątki twardzieli: Obecne.

Krew: a) Odczyn zlepny z prątkami twardzieli: — dodatni.
b) „ wiązania dopełniacza „ — dodatni.
c) „ Wassermanna i Sachs-Georgi'ego: — ujemny.

Rozpoznanie: *Scleroma nasi, epipharyngis, laryngis et tracheae. Stenosis laryngis.*

Leczenie: a) Pięciokrotne rozszerzanie tchawicy drogą bronchoskopji bez efektu dodatniego. Z powodu duszności przerwano.

b) Czterokrotne naświetlania promieniami Röntgena od 26.X—29.X— bez większego efektu.

---

*) k = kobieta, m = mężczyzna.

c) Leczenie chemiczne w postaci domięśniowych zastrzyków Luatolu:

I serja: od 19.XI—11.XII — 12 zastrzyków do 1 cm^3.

16.XII. 1927. **Badanie kontrolne.** Bliznowacenie nacieków w nosie, mniejsze zasychanie na błonach śluzowych, światło choan i krtani szersze.

Ślad białka w moczu. Esbach 1/4%. Wałeczków ani krwinek w osadzie nie stwierdza się. Przerwa.

27.II. 1928. **Drugie badanie kontrolne** (po 10 tyg.). Nos: Poprawa. Nacieki wyraźnie spłaszczone i więcej bliznowate, nieco zaschniętej wydzieliny, zapachu nie czuje się, drożność nosa lepsza.

Jama nosowogardłowa: Poprawa. Światło choan szersze, niema zaschniętej wydzieliny.

Krtań: Poprawa. Więzadła prawdziwe gładkie, nacieki podwięzadłowe więcej spłaszczone, schodzą wgłąb tchawicy, ruchomość więzadeł lepsza, światło krtani szersze.

II serja: od 21.II—28.III—15 zastrzyków Luatolu do 1 cm^3.

29.III 1928. **Trzecie badanie kontrolne.** Dalsza poprawa w postaci bliznowacenia nacieków i lepszej drożności dróg oddechowych. Przewody nosowe znacznie szersze.

Lp. 7. H. O. lat 20, k.

Wywiady. Chora od roku. Pierwsze objawy: chrypka i utrudnione oddychanie przez nos i usta.

2.XII. 1927. **Stan obecny:** Nos: Twardość nosa zwiększona. Po stronie prawej płaskie, nierówne nacieki na dolnej muszli oraz na przegrodzie, dużo zaschniętej wydzieliny, po stronie lewej szeroki płaski naciek na dolnej muszli, stykający się z naciekiem na przegrodzie. Drożność nosa wybitnie upośledzona. Zapach specyficzny.

Gardło: Błona śluzowa przekrwiona, języczek podciągnięty do góry.

Jama nosowogardłowa: Na górnej powierzchni podniebienia miękkiego nierówne nacieki, również dookoła choan wałowate okrężne nacieki, zwężające ich światło do jednej trzeciej.

Krtań: Chrząstki nalewkowe nieco nacieczone, zwłaszcza lewa. Fałdy nagłośniowonalewkowe i więzadła rzekome silnie zgrubiałe, nacieki nierówne na przedniej ścianie krtani, na więzadłach prawdziwych i wałowate podwięzadłowe, schodzące wgłąb tchawicy. Ruchomość więzadeł upośledzona.

Tchawica: Nacieki nierówne wzdłuż całej tchawicy, zwężające znacznie światło w jej dolnym odcinku do wielkości małego grochu.

Wycinek z nosa: *Rhinoscleroma.*

Prątki twardzieli: Obecne.

Krew: a) Odczyn zlepny z prątkami twardzieli — dodatni.

b) „ wiązania dopełniacza z prątkami twardzieli — dodatni.

c) „ Wassermanna i Sachs-Georgi'ego — ujemny.

Rozpoznanie: *Scleroma nasi, epipharyngis, laryngis et tracheae.*

Leczenie: Zastrzyki domięśniowe Luatolu:

I serja: od 7.XII—8.I. — 16 zastrzyków á 1 cm^3.

II serja: od 16.I.—3.II. — 10 zastrzyków á 1 cm^3.

8.I.1928. **Badanie kontrolne.** Nos: Poprawa. Po stronie prawej nacieki mniejsze i bez zaschniętej wydzieliny, po stronie lewej nacieki nie stykają się. Drożność nosa lepsza.

J a m a n o s o w o g a r d ł o w a: Bez poprawy.

K r t a ń: Mała poprawa. Nacieki podwięzadłowe nieco mniejsze.

19.III. 1928. **Drugie badanie kontrolne.** N o s: Zupełna poprawa. Twardość nosa prawidłowa, nacieków nie stwierdza się. Po stronie prawej nierówna blizna na dolnej muszli, przegroda gładka bez nacieków, po stronie lewej płaska blizna na dolnej muszli, nie stykająca się z przegrodą, przegroda gładka. W obu przewodach nosowych błona śluzowa wilgotna, gładka, bez zaschniętej wydzieliny. Drożność przewodów prawidłowa. Zapachu nie czuje się. Wybitna poprawa zaznaczyła się już z początkiem stycznia.

J a m a n o s o w o g a r d ł o w a: Poprawa. Nacieki wyraźnie mniejsze i więcej bliznowate, światło choan szersze.

K r t a ń: Poprawa. Zgrubienie fałdów nagłośniowonalewkowych i więzadeł rzekomych mniejsze. Spoidło przednie bez nacieków, więzadła prawdziwe nierówne, nacieki podwięzadłowe spłaszczone. Ruchomość więzadeł lepsza, światło krtani szersze.

T c h a w i c a: Poprawa. Nacieki zbliznowaciały i spłaszczyły się. Drogą bronchoskopijną uzyskano szerokie światło tchawicy. Oskrzela większych zmian nie wykazują.

Lp. 12. Ch. Cz. lat 25, m.

Wywiady. Chory od 12 lat, pierwsze objawy trudności w oddychaniu nosem. Od 3 lat guzki w gardle, utrudniające połykanie.

13.I. 1928. **Stan obecny.** N o s: Lewe skrzydło nosowe bliznowato podciągnięte ku górze i ku tyłowi. W otworze nosowym lewym nacieki twarde, nierówne, stykające się ze sobą, drożność nosa wybitnie upośledzona, dużo zaschniętej wydzieliny. Po stronie prawej zmian specyficznych nie stwierdza się.

G a r d ł o: Płaskie, nierówne nacieki na podniebieniu miękkiem, częściowo na twardem. Migdałki nacieczone, twarde, o powierzchni nierównej, bliznowato podciągnięte do góry wraz z podniebieniem miękkiem. Blizny gwiaździste na łukach przednich, podciągające grzbiet języka. Tylna ściana gardła nacieczona.

J a m a n o s o w o g a r d ł o w a: Na górnej powierzchni podniebienia miękkiego nacieki nierówne, przechodzące ku bokom, choany niewidoczne, poza dwiema szparami.

K r t a ń: Zmian nie stwierdza się.

Wycinek z nosa i gardła: *Rhinoscleroma.*

Prątki twardzieli: Obecne.

Krew: a) Odczyn zlepny z prątkami twardzieli — dodatni.
b) „ wiązania dopełniacza z prątkami twardzieli — dodatni.
c) „ Wassermanna i Sachs-Georgi'ego — ujemny.

Rozpoznanie: *Scleroma nasi, pharyngis et epipharyngis.*

Leczenie: a) Elektrokoagulacja nacieków w lewym otworze nosowym.
b) Zastrzyki domięśniowe Luatolu:
I serja: od 16.I—5.II — 11 zastrzyków po 1 cm³.
II serja: od 16.II—8.III — 11 zastrzyków po 1 cm³.

Razem 22 zastrzyki Luatolu.

Zastrzyki przebiegały bez żadnej reakcji, kontrola moczu białka nie wykazała.

6.II. 1928. **Badanie kontrolne.** G a r d ł o: Poprawa. Występuje bliznowacenie nacieków.

22.III. 1928. **Drugie badanie kontrolne.** Nos: Duża poprawa. Zupełna drożność lewego przewodu nosowego, otwór nosowy prawidłowo wielki, jedynie skrzydełko nosa podciągnięte ku górze i tyłowi. Niema zaschniętej wydzieliny.

Gardło: Duża poprawa. Zupełne zbliznowacenie nacieków.

Jama nosowogardłowa: Poprawa. Nacieki bardziej płaskie, bliznowaciejące, światło choan szersze.

Lp. 13. O. M. lat 17, m.

Wywiady. Siostra chora na twardziel, leczona przed rokiem w klinice. Chory od 4 miesięcy. Pierwsze objawy trudności w oddychaniu nosem, następnie zasychanie w nosie i gardle.

19.I. 1928. **Stan obecny.** Nos: Symetryczne zgrubienie u nasady. Świeże, twarde, nierówne nacieki po obu stronach na muszlach, dolnej ścianie przewodów i przegrodzie, zwężające silnie światło nosa, zwłaszcza po stronie prawej. Zaschnięta wydzielina, silny zapach specyficzny. Drożność nosa wybitnie upośledzona.

Gardło: Błona śluzowa dość sucha, podniebienie miękkie podciągnięte do góry.

Jama nosowogardłowa: Nacieki na górnej powierzchni podniebienia miękkiego w kształcie walu, nierówne nacieki na przegrodzie nosowej więcej po stronie prawej, zwężenie okrężne choan, zaschnięta wydzielina.

Krtań: Więzadła prawdziwe silnie przekrwione, nierówne nacieki na więzadłach, zwłaszcza prawem, oraz w spoidle przedniem, płaskie nacieki podwięzadłowe oraz na przedniej ścianie tchawicy, schodzące niżej. Chrypka oraz utrudnione oddychanie.

Wycinek z nosa: *Rhinoscleroma.*

Prątki twardzieli: Obecne.

Krew: a) Odczyn zlepny z prątkami twardzieli — dodatni.
b) „ wiązania dopełniacza z prątkami twardzieli — dodatni.
c) „ Wassermanna i Sachs-Georgi'ego — ujemy.

Rozpoznanie. *Scleroma nasi, epipharyngis, laryngis et tracheae.*

Leczenie: Zastrzyki domięśniowe Luatolu:

I serja: od 22.I—9.II — 10 zastrzyków po 1 cm^3.

12.III 1928. **Badanie kontrolne.** Stwierdza się wyraźną skłonność nacieków do bliznowacenia, mniejsze zasychanie na błonach śluzowych, zniknięcie chrypki. Chory sam czuje się znacznie lepiej.

23.III. 1928. **Drugie badanie kontrolne.** Nos: Duża poprawa. Zgrubienie zewnętrzne mniejsze. Nacieki po obu stronach spłaszczone, bliznowate nierówne. Błona śluzowa wilgotna, skąpa ilość zasychającej wydzieliny, drożność nosa dobra, nie czuje się zapachu specyficznego.

Gardło: Poprawa. Błona śluzowa więcej wilgotna.

Jama nosowogardłowa: Poprawa. Światło choan nieco szersze, niema zaschniętej wydzieliny.

Krtań: Duża poprawa. Więzadła prawdziwe nieco przekrwione, ale gładkie, nacieków podwięzadłowych prawie nie widać, na przedniej ścianie tchawicy widać nierówności w postaci płaskich nacieków. Chrypki ani utrudnionego oddychania nie stwierdza się.

II serja: od 15.III—2.IV — 10 zastrzyków Luatolu po 1 cm^3.

3.IV. 1928. **Trzecie badanie kontrolne.** Dalsza poprawa w drożności nosa, wilgotności błony śluzowej, bliznowaceniu nacieków. Chory czuje się zupełnie zdrów, oddycha zupełnie swobodnie, chrypki niema.

Lp. 15. Kr. A. lat 24, k.

Wywiady. Brat chory na twardziel, ojciec zdrów, ale w jego wydzielinie nosowej prątki twardzielowe obecne. Chora od 6 miesięcy.

13.II. 1928. **Stan obecny.** Nos: Twarde zgrubienie w kształcie guza po stronie lewej. W okolicy lewego woreczka łzowego guzek twardy, wielkości orzecha laskowego. Twarde, okrężne nacieki, zwłaszcza po stronie lewej, zwężające znacznie jamy nosowe do wąskich szpar. Zaschnięta wydzielina, zapach specyficzny. Drożność nosa wybitnie upośledzona.

Gardło: Języczek podciągnięty do góry.

Jama nosowogardłowa: Nacieki nierówne na górnej powierzchni podniebienia miękkiego, okrężne zwężenie choan do połowy, zaschnięta wydzielina.

Krtań: Zmian nie stwierdza się.

Wycinek z nosa: *Rhinoscleroma.*

Prątki twardzieli: Obecne.

Krew: a) Odczyn zlepny z prątkami twardzieli:—dodatni.
b) „ wiązania dopełniacza z prątkami twardzieli:—zaznaczony.
c) „ Wassermanna i Sachs-Georgi'ego:—ujemny.

Rozpoznanie: *Scleroma nasi, epipharyngis et sacci lacrimalis.*

Leczenie: Zastrzyki domięśniowe Luatolu.

I serja: od 20.II —14.III—12 zastrzyków po 1 cm^3
II serja: od 20.III— 5.IV— 9 „ 1 „

Ogółem 21 zastrzyków Luatolu po 1 cm^3

14.III. 1928. **Badanie kontrolne.** Nos: Mała poprawa. Drożność nosa lepsza.

5.IV. 1928. **Drugie badanie kontrolne.** Nos: Poprawa. Wyraźne splaszczenie i zmniejszenie nacieków.

Jama nosowogardłowa: Mała poprawa. Brak zaschniętej wydzieliny.

Woreczek łzowy: Poprawa. Zmniejszenie się guza o trzecią część.

Lp. 16. P. M. lat 25, k.

Wywiady: Chora od 6 miesięcy. Pierwsze objawy: chrypka i utrudnione oddychanie przez nos.

9.II. 1928. **Stan obecny:** Nos: Płaskie, twarde, nierówne nacieki po obu stronach na przegrodzie, dolnej ścianie i dolnej muszli, zwężające światło do połowy. W miejscach wolnych od nacieków błona śluzowa cienka i sucha. Dużo zaschniętej wydzieliny o specyficznym zapachu.

Gardło: Błona śluzowa sucha, przekrwiona.

Jama nosowogardłowa: Podniebienie miękkie nieco uniesione do góry, nozdrza tylne okrężnie zwężone więcej po stronie lewej, nieco zaschniętej wydzieliny.

Krtań: Lewa chrząstka nalewkowa nacieczona, lewy fałd nalewkowonagłośniowy zgrubiały, nacieki na więzadłach prawdziwych, w spoidle przedniem i podwięzadłowe, zwężające światło głośni do połowy. Ruchomość więzadeł wybitnie upośledzona, przy wydawaniu głosu zbliżają się więzadła rzekome.

Wycinek z nosa: *Rhinoscleroma.*

Prątki twardzieli: Obecne.

Krew: a) Odczyn zlepny z prątkami twardzieli:—dodatni.

b) „ wiązania dopełniacza z prątkami twardzieli: —dodatni.

c) „ Wassermanna i Sachs-Georgi'ego:—ujemny.

Rozpoznanie: *Scleroma nasi, epipharyngis et laryngis.*

Leczenie: Zastrzyki domięśniowe Luatolu.

I serja: od 24.II—13.III—10 zastrzyków po 1 cm^3.

Leczenie przebiegało bez żadnej reakcji zarówno ze strony ciepłoty, jak jamy ustnej, i moczu.

15.III 1928. **Badanie kontrolne:** Nos: Poprawa. Nacieki wyraźnie spłaszczone i bliznowaciejące. Znacznie mniej zaschniętej wydzieliny. Światło przewodów nosowych wyraźnie szersze, drożność nosa lepsza.

Jama nosowogardłowa i krtań: Większej poprawy nie stwierdza się.

Podmiotowo chora czuje się znacznie lepiej, oddycha swobodniej.

Lp. 18. K. S. lat 28, k.

Wywiady. Chora od 4 miesięcy, pierwsze objawy, chrypka i utrudnione oddychanie.

22.IV. 1928. **Stan obecny.** Nos: Po stronie prawej naciek na górnej powierzchni dolnej muszli, nieco wystający, nierówne nacieki na dnie przewodu i płaskie nacieki na przegrodzie. Po stronie lewej płaskie nacieki na przegrodzie i dolnej muszli. Drożność nosa upośledzona więcej po stronie prawej. Nieco zaschniętej wydzieliny.

Jama nosowogardłowa: Nierówny naciek na górnej powierzchni podniebienia miękkiego, zwężenie choan średniego stopnia.

Krtań: Zgrubienie więzadeł rzekomych. Silne wałowate nacieki podwięzadłowe, schodzące wgłąb tchawicy, zwężające bardzo silnie światło głośni. Przy wydawaniu głosu zbliżają się więzadła rzekome.

Tchawica: Wałowate nacieki podwięzadłowe, zwężające światło tchawicy do wielkości grochu. Nierówne, płaskie nacieki w górnym i środkowym odcinku tchawicy, pozatem reszta tchawicy i oskrzela bez zmian.

Wycinek z nosa: *Rhinoscleroma.*

Prątki twardzieli: Obecne.

Krew: a) Odczyn zlepny z prątkami twardzieli:—dodatni.

b) „ wiązania dopełniacza z prątkami twardzieli:—dodatni.

c) „ Wassermanna i Sachs-Georgi'ego:—ujemny.

Rozpoznanie: *Scleroma nasi, epipharyngis, laryngis et tracheae.*

Leczenie: Zastrzyki domięśniowe Luatolu.

I serja: od 2.V—20.V — 10 zastrzyków po 1 cm^3.

23.V. 1928. **Badanie kontrolne.** Nos: Duża poprawa. Nacieki bardziej spłaszczone, drożność nosa prawidłowa, błona śluzowa wilgotna, niema zasychania.

Jama nosowogardłowa: Poprawa. Nacieki bardziej spłaszczone.

Krtań: Poprawa. Więzadła mniej zgrubiałe. Nacieki bardziej spłaszczone. Światło głośni nieco szersze, ruchomość więzadeł lepsza.

Podmiotowo chora czuje się znacznie lepiej, oddycha swobodniej, głos ma czystszy.

Lp. 19. D. Ks. lat 20, k.

Wywiady. Chora od 4 lat. Pierwsze objawy chrypka, utrudnione oddychanie i lekka duszność. Od półtora roku utrudnione oddychanie przez nos.

23.IV. 1928. **Stan obecny.** Nos: Zgrubiały u nasady. Świeże nacieki po obu stronach, zwężające światło po stronie prawej do wąskiej szparki, szerokości 1 mm a długości 1,5 cm, po stronie lewej światło owalne o szerokości około 2 mm a wysokości 1 cm. Nieco zaschniętej wydzieliny. Drożność nosa upośledzona.

Jama nosowogardłowa: Płaskie, nierówne nacieki na górnej powierzchni podniebienia miękkiego, okrężne zwężenie choan do połowy.

Krtań: Nacieki na lewem więzadle rzekomem. Więzadła prawdziwe przekrwione. Nacieki podwięzadłowe, schodzące wgłąb i zwężające do połowy światło głośni. Nierówne nacieki na przedniej ścianie.

Tchawica: Nierówne, płaskie nacieki, świeże, łatwo ździerające się i łatwo krwawiące w całej tchawicy, miejscami silnie zwężające jej światło i wypełniające częściowo światło prawego oskrzela. Miejsce rozdwojenia zgrubiałe i nacieczone.

Wycinek z nosa: *Rhinoscleroma.*

Prątki twardzieli: Obecne.

Krew: a) Odczyn zlepny z prątkami twardzieli:—dodatni.
„ b) „ wiązania dopełniacza z prątkami twardzieli:—dodatni.
„ c) „ Wassermanna i Sachs-Georgi'ego:—ujemny.

Rozpoznanie: *Scleroma nasi, epipharyngis, laryngis et tracheae.*

Leczenie: Zastrzyki domięśniowe Luatolu:
I serja: od 2.V—20.V — 10 zastrzyków po 1 cm^3.

23.V. 1928. **Badanie kontrolne.** Nos: Mała poprawa. Nacieki więcej bliznowate, nieco spłaszczone, drożność nosa lepsza.

Jama nosowogardłowa: Bez poprawy.

Krtań: Mała poprawa. Nacieki nieco spłaszczone. Chora oddycha swobodniej.

Lp. 21. Kr. M. lat 24, m.

Wywiady. W dzieciństwie stykał się z chorym, cierpiącym na duszność i chrypkę. Chory od 7 lat. Pierwsze objawy chrypka i trudności w oddychaniu. Przed rokiem leczony promieniami Röntgena. Od 4 miesięcy pogorszenie.

15.V. 1928. **Stan obecny:** Nos: Oba przewody wypełnione zaschniętą wydzieliną o silnym specyficznym zapachu Błona śluzowa cienka, sucha, atroficzna. Miejscami płaskie, małe i nierówne nacieki.

Gardło: Błona śluzowa sucha, jak polukrowana, dużo zaschniętej wydzieliny na tylnej ścianie gardła.

Jama nosowogardłowa: Płaskie, nierówne nacieki na górnej powierzchni podniebienia miękkiego, okrężne zwężenie choan do połowy, dużo zaschniętej wydzieliny.

Krtań: Naciek na prawej chrząstce nalewkowej i prawem więzadle rzekomem. Więzadła prawdziwe przekrwione, płaskie nacieki podwięzadłowe. Widać nierówne nacieki na przedniej ścianie tchawicy.

Tchawica: Nacieki nierówne na całej długości, pokryte zaschniętą

wydzieliną. Zwężenie światła tchawicy do połowy, zwiększające się w dolnym odcinku do przekroju około 2 : 4 mm. Rozdwojenie tchawicy i oskrzela niewidoczne.

Wycinek z nosa: *Rhinoscleroma*.

Prątki twardzieli: Obecne.

Krew: a) Odczyn zlepny z prątkami twardzieli:—dodatni.
„ b) „ wiązania dopełniacza z prątkami twardzieli:—dodatni.
„ c) „ Wassermanna i Sachs-Georgi'ego:—ujemny.

Rozpoznanie: *Scleroma nasi, epipharyngis, laryngis et tracheae.*

Leczenie: Zastrzyki domięśniowe Luatolu:

I serja: od 19.V — 6.VI—10 zastrzyków po 1 cm^3.

Po dziesiątym zastrzyku badanie moczu wykazało 2‰ białka, w osadzie pojedyńcze wałeczki. Po 3 dniach mocz prawidłowy. Przerwa w zastrzykach.

11.VI. 1928. **Badanie kontrolne.** Nos: Poprawa. Znacznie mniej zaschniętej wydzieliny, zapach słabszy. Błona śluzowa wilgotniejsza.

Gardło: Mała poprawa. Błona śluzowa wilgotniejsza.

Jama nosowogardłowa: Mała poprawa. Mniej zaschniętej wydzieliny.

Krtań: Mała poprawa. Nacieki bardziej spłaszczone.

Lp. 22. S. J. lat 51, k.

Wywiady. Chora od roku. Pierwsze objawy trudności w oddychaniu nosem po stronie prawej z powodu wyrastania guza.

5.VI. 1928. **Stan obecny.** Nos: Zewnętrznie zgrubiały i twardy, zwłaszcza po stronie prawej. W prawym otworze nosowym nacieki twarde, nieco wystające na zewnątrz, wychodzące ze skrzydełka i przegrody nosowej, przepuszczające zaledwie zgłębnik metalowy. Po stronie lewej nacieki na dolnej muszli i przegrodzie, zwężające światło do szerokości około 2 mm. Otwór nosowy lewy wolny. Drożność upośledzona.

Jama nosowogardłowa: Naciek rozległy na górnej powierzchni podniebienia miękkiego, zasłaniający do połowy nozdrza tylne, żwężone do trzeciej części. Nieco zaschniętej wydzieliny.

Krtań: Bez zmian.

Wycinek z nosa: *Rhinoscleroma* (świeże nacieki).

Prątki twardzieli: Obecne.

Krew: a) Odczyn zlepny z prątkami twardzieli:—dodatni.
„ b) „ wiązania dopełniacza z prątkami twardzieli:—dodatni.
„ c) „ Wassermanna:—ujemny.
„ d) „ Sachs-Georgi'ego:—zaznaczony.

Rozpoznanie: *Scleroma nasi et epipharyngis.*

Leczenie: Zastrzyki domięśniowe Luatolu:

I serja: od 10.VI — 28.VI — 10 zastrzyków po 1 cm^3.

28.VI 1928. **Badanie kontrolne.** Nos: Mała poprawa. Zewnętrznie bardziej miękki. Nacieki nieco mniejsze. Po stronie lewej światło nieco szersze, drożność lepsza.

Jama nosowogardłowa: Mała poprawa. Naciek nieco zmniejszony. Dużo wydzieliny niezaschniętej.

Leczenie twardzieli zastrzykami Bismuth.-Chinin. Jodat.

Leczenie tym preparatem odbywało się na 6 przypadkach, 4 mężczyznach i 2 kobietach, w wieku od 18—32 lat. Długość choroby trwała według wywiadów od 4 miesięcy do 5 lat, a mianowicie w jednym przypadku od 4 miesięcy, w jednym od 8 miesięcy, w trzech przypadkach od roku, a w jednym przypadku od 5 lat. W obserwowanych sześciu przypadkach wszystkie miały zajęte zmianami twardzielowemi nos, jamę nosowogardłową i krtań, a w pięciu przypadkach zajętą była również tchawica. Zmian twardzielowych w gardle nie stwierdzono u nikogo, jedynie pewną skłonność do zasychania w niektórych przypadkach.

Leczenie odbywało się w postaci domięśniowych zastrzyków po 3 cm^3 preparatu, stosowanych co drugi dzień serjami po 6 zastrzyków. Po tygodniu przerwy wstrzykiwano w ten sam sposób drugą serję, również złożoną z 6 zastrzyków. Po dłuższej przerwie od dwóch do sześciu tygodni wstrzykiwano znowu dwie takie same serje. W trzech przypadkach zastosowano 4 serje (=24 zastrzyki), w dwóch przypadkach 3 serje (=18 zastrzyków), a w jednym przypadku tylko 2 serje (=12 zastrzyków).

Przez cały czas trwania leczenia i spostrzegania klinicznego stale, podobnie jak przy leczeniu luatolem, kontrolowano działalność nerek i dziąseł. Białkomoczu nie spostrzegano, tak samo zapalenia dziąseł, jedynie w kilku przypadkach zauważono osadzanie się bizmutu w postaci szarego rąbka na brzegu dziąseł. Także i w tej grupie przypadków zwracano baczną uwagę na czyste utrzymywanie zębów, oraz polecano chorym częste płókanie jamy ustnej wodą utlenioną.

Działanie lecznicze preparatu Bismuth.-Chinin. Jodat. nie okazało się tak korzystnem, jak luatolu. Na 6 przypadków obserwowanych w 4 przypadkach osiągnięto poprawę, ale nie tak dużą, jak przy luatolu. W przypadku 6-tym mimo zastosowania 24 zastrzyków i sześciomiesięcznego spostrzegania poprawa osiągnięta była nieduża, w postaci tylko spłaszczenia i pewnego zbliznowacenia nacieków.

Zupełnie prawie nie spostrzegano zwilgotnienia błony śluzowej i znikania zaschniętej wydzieliny oraz specyficznego zapachu, jak to prawie stale działo się przy luatolu. Przeciwnie zasychanie i zapach pod koniec leczenia często były takie same, jak na początku. Również nie obserwowano zupełnego znikania nacieków, jedynie ich

płaszczenie się i bliznowacenie — niezależnie czy były to nacieki świeże, czy stare. Jednakże podmiotowo chorzy wszyscy odczuwali wyraźną ulgę w postaci zmniejszania się chrypki i lepszego oddychania.

W jednym przypadku (14-tym) zaobserwowano wyraźne zabarwienie się na jasno-czerwono (kolor wstrzykiwanego preparatu) nacieków w nosie. Przypuszczając, że może ma się tu do czynienia z odkładaniem się preparatu w tkankach, poddano chorego badaniom dodatkowym. Jednakże ani Röntgenem, ani histologicznie, ani chemicznie nie udało się tego przypuszczenia potwierdzić.

Zastrzyki Bismuth.-Chinin. Jodat. są tak samo, jak luatolu, prawie zupełnie bezbolesne i stale przebiegały bez żadnej reakcji tak ogólnej jak i miejscowej. Obserwacja przypadków trwała od 5 tygodni do 8 miesięcy.

Przebieg choroby w przypadkach leczonych zastrzykami Bismuth.-Chinin. Jodat. przedstawia się w sposób następujący:

Lp. 5. K. L. lat 32, m.

Wywiady. Chory od 5 lat. Pierwsze objawy: chrypka i utrudnione oddychanie. Był leczony dwukrotnie na klinice w Krakowie promieniami Röntgena. Od 3-ch lat nie leczył się. Od 6-ciu miesięcy pogorszenie w postaci duszności i chrypki.

10.XI. 1927. **Stan obecny.** Nos: Po stronie lewej świeże nacieki, guzowate, twarde, wychodzące zarówno z przegrody, jak i z muszel nosowych, upośledzające wybitnie drożność nosa. Po stronie prawej wyraźnych nacieków nie stwierdza się, jedynie błona śluzowa cienka, blada i sucha. Dużo zaschniętej wydzieliny o specyficznym zapachu po obu stronach.

Gardło: Błona śluzowa przekrwiona, dość sucha, języczek bliznowato podciągnięty do góry.

Jama nosowogardłowa: Płaskie nacieki na górnej powierzchni podniebienia miękkiego, okrężne zwężenie choan do połowy, dużo zaschniętej wydzieliny.

Krtań: Świeże, nierówne nacieki w spoidle przedniem oraz podwięzadłowe, zwężające światło krtani do połowy i upośledzające ruchomość więzadeł. Wskutek zwężenia słychać wdychanie powietrza (*stridor laryngis*).

Tchawica: Duży naciek guzkowaty na tylnej ścianie nagłośni. Cała tchawica wypełniona jest świeżemi naciekami, okrężnemi, o powierzchni nierównej i guzkowatej, zwężającemi światło do średnicy około 3 mm (małego grochu).

Wycinek z nosa: *Rhinoscleroma*.

Prątki twardzieli: Obecne.

Krew: a) Odczyn zlepny z prątkami twardzieli — dodatni.
b) „ wiązania dopełniacza z prątkami twardzieli — dodatni.
c) „ Wassermanna i Sachs-Georgi'ego — ujemny.

Rozpoznanie. *Scleroma nasi, epipharyngis, laryngis et tracheae.*

Leczenie. Zastrzyki domięśniowe Bismuth.-chinin. jodat.

I serja: od 17.XI—27.XI — 6 zastrzyków po 3 cm^3.
II serja: od 4.XII—14.XII — 6 zastrzyków po 3 cm^3.

28.VII. 1927. **Badanie kontrolne.** Nos: Poprawa. Wyraźne spłaszczenie nacieków, drożność nosa lepsza, przewód lewy o szerokości około 2—3 mm. Zaschnięta wydzielina i zapach bez poprawy.

Jama nosowogardłowa: Mała poprawa. Światło choan nieco szersze.

Krtań: Poprawa. Nacieki spłaszczone, światło szersze. Ruchomość więzadeł prawidłowa.

Tchawica: Duża poprawa. Nacieki mniejsze, szerokość tchawicy w miejscu zwężenia zwiększyła się bez rozszerzania rurą bronchoskopijną do średnicy około 5 mm. Dużo zasychającej wydzieliny o zapachu specyficznym.

III serja: od 29.XII—8.I. — 6 zastrzyków á 3 cm^3.

IV serja: od 16.I.—26.I. — 6 zastrzyków á 3 cm^3.

Leczenie przebiegało bez większej reakcji.

Ogółem chory otrzymał w 4 serjach 24 zastrzyki domięśniowe Bismuth.-chinin. jodat. 10% po 3 cm^3 = 72 cm^3.

8.II. 1928. **Drugie badanie kontrolne.** Nos: Poprawa. Spłaszczenie i zbliznowacenie nacieków.

Jama nosowogardłowa: Bez dalszej poprawy.

Krtań: Bez dalszej poprawy, jak 28.XII.

Tchawica: Dalszej poprawy po leczeniu chemicznem nie stwierdza się. Drogą bronchoskopijną uzyskano rozszerzenie światła tchawicy Dolny odcinek tchawicy i oskrzela bez większych zmian.

Lp. 6. Sz. Wł. lat 23 m.

Wywiady. W 10-m roku życia stykał się przez czas dłuższy z chorym, cierpiącym prawdopodobnie na twardziel. Sam zachorował przed rokiem. Pierwsze objawy kaszel i chrypka, od 8 miesięcy trudności w oddychaniu.

28.XI. 1927. **Stan obecny.** Nos: Mocno zgrubiały, twardy. Nacieki bliznowate, okrężnie zwężające światło na granicy przedsionków nosa, więcej po stronie lewej. Dużo zaschniętej wydzieliny o specyficznym zapachu.

Gardło: Błona śluzowa przekrwiona, języczek podciągnięty.

Jama nosowogardłowa: Nierówne nacieki, z tych jeden wielkości grochu, na górnej powierzchni podniebienia miękkiego oraz okrężne zwężenie choan do połowy. Dużo zaschniętej wydzieliny.

Krtań: Zgrubienie więzadeł rzekomych, nacieki wałowate podwięzadłowe, schodzące wgłąb tchawicy, oraz naciek w spoidle przedniem. Ruchomość więzadeł upośledzona, światło głośni zwężone o połowę.

Tchawica: Płaskie, nierówne nacieki wzdłuż całej tchawicy, pokryte zaschniętą wydzieliną, zwężające jej światło tuż ponad rozdwojeniem do wielkości małego grochu.

Wycinek z nosa: *Rhinoscleroma.*

Prątków twardzielowych nie wykryto.

Krew: a) Odczyn zlepny z prątkami twardzieli: — dodatni.

b) Odczyn wiązania dopełniacza z prąt. twardz.: — dodatni.

c) Odczyn Wassermanna i Sachs-Georgi'ego:—ujemny.

Rozpoznanie: *Scleroma nasi, epipharyngis, laryngis et tracheae.*

Leczenie: Zastrzyki domięśniowe Bismuth.-chinin. jodat.

I serja: od 30.XI — 10.XII — 6 zastrzyków po 3 cm^3.

II „ : „ 18.XII — 28.XII — 6 „ „

5.I.1928. **Badanie kontrolne.** Wyraźnej poprawy klinicznej nie stwierdza się, podmiotowo chory czuje się lepiej, oddycha swobodniej.

III serja: od 12.I — 22.I — 6 zastrzyków po 3 cm^3.

IV „ „ 30.I — 9.II — 6 „ „

Leczenie przebiegało bez żadnej reakcji ze strony dziąseł, moczu i ciepłoty.

Ogółem chory otrzymał w 4 serjach 24 zastrzyki domięśniowe Bismuth.-chinin. jodat. 10% po 3 cm^3 = 72 cm^3.

27.III.1928. **Drugie badanie kontrolne.** Nos: Mała poprawa. Nacieki bardziej spłaszczone i bliznowate, drożność nosa lepsza, zasychanie wydzieliny i specyficzny zapach pozostały.

Jama nosowogardłowa: Mała poprawa. Nacieki bardziej spłaszczone, mniej zaschniętej wydzieliny.

Krtań: Mała poprawa. Nacieki bardziej spłaszczone, światło nieco szersze.

Tchawica: Po leczeniu chemicznem większej poprawy poza nieznacznem zbliznowaceniem i spłaszczeniem nacieków nie stwierdza się. Drogą szeregu bronchoskopji uzyskano pewne rozszerzenie światła tchawicy.

16.VI.1928. **Trzecie badanie kontrolne.** Nos: Poprawa. Blizny okrężne w miejscu nacieków, szerokość światła nosa nieco większa jak 28.XI. Dużo zaschniętej wydzieliny o specyficznym zapachu.

Jama nosowogardłowa: Bez dalszej poprawy.

Krtań: Mała poprawa. Ruchomość więzadeł nieco lepsza.

Tchawica: Poprawa. Bliznowate nacieki, schodzące wgłąb. Ściany tchawicy nierówne. Szerokość światła około 1 cm.

Wycinek z nosa: Duża poprawa. Wśród komórek plazmatycznych skąpe komórki Mikulicza, więcej ciałek Russela, obfite bujanie tkanki włóknistej.

Lp. 10. Br. M. lat 18 k.

Wywiady. Chora od roku. Pierwsze objawy chrypka i trudności w oddychaniu, powoli zwiększające się.

16.XII.1927. **Stan obecny.** Nos: Nieco zgrubiały. Płaskie nacieki po obu stronach na przegrodzie i dolnej muszli o charakterze bliznowaciejącym, zwężające silnie światło przewodów po stronie lewej do szerokości 2 mm, po prawej do 3 mm. Dużo zaschniętej wydzieliny.

Gardło: Błona śluzowa przekrwiona, języczek podciągnięty.

Jama nosowogardłowa: Okrężne zwężenie choan, większe po stronie prawej.

Krtań: Płaskie, nierówne nacieki na więzadłach prawdziwych, oraz wałowate podwięzadłowe, schodzące wgłąb tchawicy.

Tchawica: Kilka cm poniżej więzadeł stwierdza się bliznę okrężną, zwężającą światło tchawicy do wielkości małego grochu. Dalszy odcinek tchawicy niewidoczny.

Wycinek z nosa: *Rhinoscleroma.*

Prątki twardzieli: Obecne.

Krew: a) Odczyn zlepny z prątkami twardzieli—dodatni.
b) „ wiązania dopełniacza „ —dodatni.
c) „ Wassermanna i Sachs-Georgi'ego — ujemny.

Rozpoznanie: *Scleroma nasi, epipharyngis, laryngis et tracheae.*

Leczenie: Zastrzyki domięśniowe Bismuth.-chinin. jodat.

I serja: od 18.XII — 28.XII — 6 zastrzyków po 3 cm^3.

II „ „ 6.I — 16.I — 6 „ „

17.I.1928. **Badanie kontrolne.** Nos: Mała poprawa. Nacieki więcej spłaszczone bez zaschniętej wydzieliny.

Krtań: Poprawa. Więzadła prawdziwe bez nacieków.

Tchawica: Bez poprawy. Podmiotowo chora czuje się lepiej, jednak w oddychaniu nie czuje poprawy. Drogą szeregu bronchoskopji, t. zn. przez stopniowe przeprowadzanie coraz to szerszych rur bronchoskopijnych i odpowiednich przedłużeń uzyskano całkowite rozszerzenie blizny. Dolny odcinek tchawicy i oskrzela bez zmian.

III serja: od 13.II — 24.II — 6 zastrzyków á 3 cm^3.

Ogółem chora otrzymała w 3 serjach 18 zastrzyków domięśniowych Bismuth.-chinin. jodat. 10% á 3 cm^3 = 54 cm^3.

28.II.1928. **Drugie badanie kontrolne.** Nos: Duża poprawa. Nacieki wyraźnie spłaszczone i o charakterze bliznowatym. Szerokość światła znacznie większa, po stronie lewej około 4 mm, po prawej 5 mm. Nieznaczne ilości zaschniętej wydzieliny.

Jama nosowogardłowa: Poprawa. Nozdrza tylne szersze, błona śluzowa bez nacieków.

Krtań: Duża poprawa. Więzadła prawdziwe gładkie. Nacieki podwięzadłowe wyraźnie spłaszczone.

Tchawica: Światło prawie prawidłowe. Blizna zniknęła bez śladu: Płaskie, nierówne nacieki w górnym odcinku tchawicy.

Lp. 14. D. M. lat 22, m.

Wywiady. Chory od 8 miesięcy. Pierwsze objawy: utrudnione oddychanie i duszność zwłaszcza w nocy i przy pracy. Przed 3-ma tygodniami wykonano w Kasie Chorych we Lwowie tracheotomję z powodu duszności.

30.I. 1928. **Stan obecny.** Nos: Płaskie, twarde, nierówne nacieki po obu stronach na przegrodzie, dolnej ścianie i muszlach, zwężające światło nosa do połowy. Dużo zaschniętej wydzieliny. Drożność nosa upośledzona.

Gardło: Błona śluzowa sucha, przekrwiona. Podniebienie miękkie podciągnięte do góry, języczek bliznowato zakrzywiony ku tyłowi.

Jama nosowogardłowa: Na górnej powierzchni podniebienia miękkiego naciek guzkowaty, twardy, wielkości grochu, zrośnięty z języczkiem. Nozdrza tylne silnie zwężone do wielkości fasoli. Dużo zaschniętej wydzieliny.

Krtań: Wałowate nacieki podwięzadłowe, silnie zwężające światło głośni.

Tchawica: Płaskie, nierówne nacieki w dolnym odcinku tchawicy, oskrzela bez zmian, miejsce rozdwojenia nieco zgrubiałe i nierówne.

Wycinek z nosa: *Rhinoscleroma.*

Prątków twardzieli nie wykryto.

Krew: a) Odczyn zlepny z prątkami twardzieli — dodatni.

„ b) „ wiązania dopełniacza z prątkami twardzieli — dodatni.

„ c) „ Wassermanna i Sachs-Georgi'ego — ujemny.

Rozpoznanie: *Scleroma nasi, epipharyngis, laryngis et tracheae.*

Leczenie: a) Zastrzyki domięśniowe siarki w celu wywołania odczynu gorączkowego:

Od 31.I — 15.II — 4 zastrz. dom. sulf. praec. 10% po 0,1 — 0,5. Ogółem otrzymał 0,9 siarki.

Efektu gorączkowego nie uzyskano, ze względu na bolesność, zastrzyków zaprzestano.

b) Zastrzyki domięśniowe Bismuth.-chinin. jodat.:

I serja: od 24.II — 5.III — 6 zastrzyków po 3 cm^3.
II „ „ 13.III — 23.III — 6 „ 3 „

28.III. 1928. **Badanie kontrolne.** Nos: Poprawa. Błona śluzowa wilgotniejsza i bez zaschniętej wydzieliny. Nacieki więcej spłaszczone i twarde, wykazują wyraźne zabarwienie czerwone. Drożność nosa lepsza.

Jama nosowogardłowa: Poprawa. Błona śluzowa wilgotniejsza i bez zaschniętej wydzieliny.

Krtań: Poprawa. Nacieki podwięzadłowe bardziej spłaszczone, drożność krtani lepsza.

Wycinek z nosa: Duża poprawa. Zamiast prawie samych komórek Mikulicza, spotyka się teraz obfite nacieki leukocytowe, w niewielkiej ilości komórki Mikulicza i ciałka Cornila, oraz tkankę łączną, bujającą od podstawy.

8.V. 1928. **Drugie badanie kontrolne.** Nos: Duża poprawa. Światło nosa zupełnie szerokie, zasychania niema. Gdzieniegdzie płaskie nacieki o zabarwieniu czerwonem.

Gardło: Mała poprawa. Błona śluzowa więcej wilgotna.

Jama nosowogardłowa i krtań: Bez dalszej poprawy.

Tchawica: Bez poprawy.

III serja: od 15.V — 25.V — 6 zastrzyków á 3 am^3.

26.V. 1928 i 20.IX. 1928. **Trzecie i czwarte badanie kontrolne.** Dalszej poprawy nie stwierdza się.

Lp. 17. L. E. lat 21, k.

Wywiady. Chora od 4 miesięcy. Pierwsze objawy chrypka i utrudnione oddychanie.

1.IV. 1928. **Stan obecny.** Nos: Po stronie lewej świeże nacieki na przegrodzie, dolnej ścianie i dolnej muszli, zwężające światło do 3 mm, dużo zaschniętej wydzieliny o zapachu specyficznym. Po stronie prawej nacieki na przegrodzie i dolnej muszli stykają się ze sobą na przestrzeni około 1,5 cm, światło przewodu drożne w górnym odcinku. Drożność nosa upośledzona.

Gardło: Błona śluzowa sucha, przekrwiona, języczek bliznowato zagięty, podniebienie miękkie podciągnięte do góry.

Jama nosowogardłowa: Płaskie nierówne nacieki na górnej powierzchni podniebienia miękkiego, zwężenie choan średniego stopnia, nieco zaschniętej wydzieliny.

Krtań: Nierówne, blade, rozlane nacieki na tylnej powierzchni nagłośni, na więzadłach rzekomych więcej po stronie lewej i na fałdach nalewkowonagłośniowych, schodzące niżej i zwężające światło krtani do wielkości małej fasoli, przez co utrudniające wgląd niżej. Ruchomość więzadeł prawdziwych upośledzona.

Wycinek z nosa: *Rhinoscleroma.*

Prątki twardzieli: Obecne.

Krew: a) odczyn zlepny z prątkami twardzieli — dodatni.
„ b) „ wiązania dopełniacza z prątkami twardzieli — dodatni.
„ c) „ Wassermanna i Sachs-Georgi'ego — ujemny.

Rozpoznanie: *Scleroma nasi, epipharyngis et laryngis.*

Leczenie: Zastrzyki domięśniowe Bismuth.-chinin. jodat.:
I serja: od 21.III — 31.III — 6 zastrzyków po 3 cm^3.
II „ „ 7.IV — 17.IV — 6 „ 3 „

19.IV. 1928. **Badanie kontrolne.** Nos: Mała poprawa. Drożność nosa nieco lepsza.

Jama nosowogardłowa: Bez poprawy.

Krtań: Mała poprawa. Nacieki bardziej spłaszczone, światło krtani szersze.
III serja: od 5.V — 15.V — 6 zastrzyków po 3 cm^3
IV „ „ 23.V — 3.VI — 6 „ 3 „

Reakcji nieprawidłowej nie obserwowano.

Ogółem chora otrzymała w 4 serjach 24 zastrzyki domięśniowe Bismuth.-chinin. jodat. po 3 $cm^3 = 72$ cm^3.

3.VI. 1928. **Drugie badanie kontrolne.** Nos: Poprawa. Nacieki spłaszczone i bliznowate nie stykają się. Drożność nosa prawidłowa. Nieco zaschniętej wydzieliny.

Jama nosowogardłowa: Mała poprawa. Nacieki więcej spłaszczone i bliznowate.

Krtań: Dalszej poprawy nie stwierdza się.

Podmiotowo chora czuje się znacznie lepiej.

Lp. 20. M. J. lat 23, m.

Wywiady. Chory od roku. Pierwsze objawy chrypka i utrudnione oddychanie, przechodzące powoli w stałą duszność.

2.V. 1928. **Stan obecny.** Nos: Błona śluzowa cienka, sucha, zanikła, pokryta dużą ilością zaschniętej wydzieliny o specyficznym zapachu. Nacieków wyraźnych nie stwierdza się.

Jama nosowogardłowa: Nierówny naciek na górnej powierzchni podniebienia miękkiego, nieznaczne zwężenie choan, nieco zaschniętej wydzieliny.

Krtań: Więzadła prawdziwe przekrwione. Guzowate, nierówne nacieki podwięzadłowe, przechodzące ku przodowi na więzadła prawdziwe i spoidło przednie.

Tchawica: Twarde, wałowate nacieki podwięzadłowe i na tylnej ścianie górnego odcinka tchawicy. Przekrwienie błony śluzowej. Środkowy i dolny odcinek tchawicy bez zmian.

Wycinek z błony śluzowej nosa: Sprawa zapalna przewlekła.

Prątki twardzieli: Obecne.

Krew: a) Odczyn zlepny z prątkami twardzieli — dodatni.
„ b) „ wiązania dopełniacza z prątkami twardzieli — dodatni.
„ c) „ Wassermanna i Sachs-Georgi'ego — ujemny.

Rozpoznanie: *Scleroma nasi, epipharyngis, laryngis et tracheae.*

Leczenie: Zastrzyki domięśniowe Bismuth.-chinin. jodat.:
I serja: od 5.V — 15.V — 6 zastrzyków po 3 cm^3
II „ „ 23.V — 2.VI — 6 „ 3 „

8.VI. 1928. **Badanie kontrolne.** Nos: Poprawa. Błona śluzowa wilgotniejsza, znacznie mniej zaschniętej wydzieliny.

Jama nosowogardłowa: Bez poprawy.

Krtań: Mała poprawa. Nacieki nieco spłaszczone, światło krtani nieco szersze.

Podmiotowo chory czuje się lepiej, oddycha swobodniej.

Leczenie twardzieli chininą z neosalwarsanem (nowarsenobenzolem).

Leczenie tą metodą odbywało się w 5 przypadkach: u 3 kobiet i 2 mężczyzn, w wieku od 16 do 23 lat. Długość choroby trwała według wywiadów od 6 miesięcy do 3 lat, a mianowicie w dwu przypadkach od 6 miesięcy, w dwu przypadkach od roku, a w jednym od 3 lat. W spostrzeganych pięciu przypadkach wszystkie miały zajęte zmianami twardzielowemi nos, jamę nosowogardłową i krtań, w trzech przypadkach zajętą była tchawica, a w jednym przypadku gardło.

Leczenie odbywało się w postaci codziennych podskórnych zastrzyków chininy (początkowo w 2 przypadkach *chininum muriaticum*, później tylko *chininum bimuriaticum*) od 0,2—0,5 serjami po 9—14 zastrzyków, przeważnie 10 zastrzyków. Równocześnie w odstępach 5-dniowych odbywały się zastrzyki neosalwarsanu (nowarsenobenzolu „Billon“) w dawce stosunkowo dużej od 0,3 do 0,6. Przeciętnie na jedną serję wypadało po 2 zastrzyki nowarsenobenzolu. Serje zastrzyków były powtarzane po przerwie od 5 dni do paru tygodni. Ilość seryj stosowanych była różna od dwu aż do pięciu. Ilość zastrzyków chininy wahała się od 26 o wartości 5,6 g chininy do 52 o wartości 20,1 g chininy. Ilość zastrzyków nowarsenobenzolu wahała się od 2 o wartości 0,9 g do 10 o wartości 5,1 g.

Zastrzyki były bezbolesne i naogół przebiegały bez większej reakcji. Jednakże wskutek dużej ilości podskórnych zastrzyków chininy wytwarzały się na ramionach stwardnienia nieco bolesne. Miejsca te podatne były na wtórne zakażenie i skłonne do powstawania zapaleń, co się w dwu przypadkach zdarzyło (przyp. 8 i 11). Z powodu tych twardych nacieków na ramionach nieraz trzeba było uciekać się do wstrzykiwania chininy pod skórę uda.

Działanie lecznicze chininy z nowarsenobenzolem okazało się na 5 spostrzeganych przypadkach dość niepewnem. Wprawdzie w dwu przypadkach osiągnięto dużą i wybitną poprawę, ale były to przypadki, w których zastosowano najmniejszą dawkę chininy i nowarsenobenzolu, a oprócz tego nie można wykluczyć innego działania leczniczego. Mianowicie w przypadku 4-tym zastosowano przed lecze-

niem chemicznem autohemoterapję w postaci 11 zastrzyków domięśniowych własnej krwi, pobranej z żyły łokciowej, w ogólnej ilości około 100 cm^3. Gdy nie stwierdzono wpływu zastrzyków własnej krwi na przebieg choroby, zaprzestano ich i zaczęto stosować leczenie chininą z nowarsenobenzolem. Być może, że działanie lecznicze autohemoterapji okazało się później. W przypadku 11-tym czterokrotnie w przebiegu leczenia chemicznego chory gorączkował powyżej 39^0, a wiadomo ogólnie, że pod wpływem wysokiej ciepłoty nacieki twardzielowe się zmniejszają i cofają.

Nie można zaprzeczyć, że pewne działanie korzystne chininy z nowarsenobenzolem zaznaczyło się w pozostałych przypadkach w postaci zmniejszania się i bliznowacenia nacieków, wilgotnienia błony śluzowej, znikania zasychania i nieprzyjemnego zapachu. Jednak w dwu przypadkach i to właśnie w tych, w których zastosowano największe dawki, mianowicie około 20 gramów chininy i około 5 gramów nowarsenobenzolu, wystąpiło po dłuższej obserwacji wyraźne pogorszenie. W przypadku 3-cim, mimo początkowej wyraźnej poprawy w nosie i krtani, po obserwacji prawie ośmiomiesięcznej wystąpiło pogorszenie w postaci świeżych nacieków w nosie i w postaci zwężenia krtani, wywołującego silną duszność. Z powodu zwiększenia się tej duszności musiano wykonać u chorej tracheotomję. W przypadku 8-mym w czasie trzymiesięcznego spostrzegania nie zauważono żadnego wpływu tego leczenia na nacieki, natomiast zauważono pogorszenie w postaci dalszego posuwania się nacieków w krtani na więzadło rzekome i fałd nalewkowonagłośniowy po stronie lewej.

W przypadku 3-cim i 9-tym wykonano w Zakładzie Anatomji Patologicznej U. J. K. po dłuższej obserwacji badania histopatologiczne wycinków z nosa. Badania te nie stwierdziły żadnej poprawy w obrazie mikroskopowym pod wpływem zastosowanego leczenia chininą z nowarsenobenzolem, mianowicie badane preparaty twardzieli składały się prawie z samych komórek Mikulicza.

Na podstawie tych 5 przypadków nie można polecać leczenia twardzieli chininą z nowarsenobenzolem, tem bardziej, że w stosowaniu tego ostatniego środka trzeba być bardzo ostrożnym, ze względu na ujemne skutki, jakie duże dawki tego preparatu mogą wywołać. Ze względu jednakże na bardzo dodatnie wyniki, osiągnięte w przypadku 4-tym i 11-tym nie można zupełnie odrzucić leczenia tą metodą. Wymaga ono jednak dalszych badań i dalszej obserwacji. Dotychczasowa obserwacja wynosiła od $3^1/_2$ miesiąca do 8 miesięcy.

Przebieg choroby w przypadkach leczonych chininą z nowarsenobenzolem przedstawia się w sposób następujący:

Lp. 3. J. A. lat 20, k.

Wywiady. Chora od 6 miesięcy. Pierwsze objawy: chrypka i utrudnione oddychanie.

12.X. 1927. **Stan obecny.** Nos: Rozległe nacieki na muszlach i przegrodzie, wystające do przedsionków w postaci wałów podłużnych, dosyć miękkie, bez zaschniętej wydzieliny. Nacieki stykają się ze sobą, upośledzając wybitnie drożność nosa.

Jama nosowogardłowa: Płaskie, nierówne nacieki na górnej powierzchni podniebienia miękkiego, okrężne zwężenie choan, nieco zaschniętej wydzieliny.

Krtań: Z lewego więzadła rzekomego oraz ze spoidła przedniego wyrasta ku tyłowi duży naciek w kształcie brodawczakowatej maliny wielkości fasoli, zasłaniając światło krtani. Okrężne nacieki podwięzadłowe, zwężające silnie światło krtani. Ruchomość więzadeł upośledzona.

Tchawica (4.XII. 1927 po usunięciu nacieku brodawczakowatego z krtani): Płaskie nacieki podwięzadłowe, pozatem bez zmian.

Wycinek z nosa i krtani: *Rhinoscleroma.*

Prątki twardzieli: Obecne.

Krew: a) Odczyn zlepny z prątkami twardzieli: — dodatni.
b) „ wiązania dopełniacza z prątkami twardzieli:—dodatni.
c) „ Wassermanna i Sachs-Georgi'ego:—ujemny.

Rozpoznanie: *Scleroma nasi, epipharyngis et laryngis.*

Leczenie: Zastrzyki chininy z nowarsenobenzolem:
I serja: od 21.X—31.X — 9 zastrz. podsk. chin. mur. po 0,2=1,8 g.
2 zaztrz. doż. nowarsenobenzolu po 0,3=0,6 g.
II serja: od 3.XI 12.XI — 9 zastrz. podsk. chin. bimur. po 0,3=2,7 g.
2 zastrz. doż. nowarsenobenzolu po 0,45=0,9 g.
III serja: od 18.XI—28.XI —14 zastrz. podsk. chin. bimur. po 0,4=5,6 g.
2 zastrz. doż. nowarsenobenzolu po 0,6=1,2 g.

Leczenie przebiegało bez żadnej reakcji.

Ogółem chora otrzymała w 3 serjach 10,1 g chininy podskórnie i 2,7 g. nowarsenobenzolu dożylnie.

2.XII. 1927. **Badanie kontrolne.** Nos: Poprawa. Płaskie nacieki na dolnych muszlach i przegrodzie o charakterze bliznowaciejącym, nie stykające się ze sobą, zwężające światło do szerokości około 3 mm. Nieco zaschniętej wydzieliny. Na przegrodzie po stronie lewej nierówny, świeży naciek.

Jama nosowogardłowa: Bez większej poprawy.

Krtań: Poprawa. Po usunięciu nacieku brodowczakowatego drogą endolaryngealną, widać zgrubienie więzadeł rzekomych, nacieki płaskie na więzadłach prawdziwych, oraz podwięzadłowe, zwężające nieco światło głośni.

IV serja: od 18.I—29.I — 10 zastrz. podsk. chin. bimur. po 0,5=5,0 g.
2 zastrz. doż. nowarsenobenzolu po 0,6=1,2 g.
V serja: od 8.II—22.II — 10 zastrz. podsk. chin. bimur. po 0,5=5,0 g.
2 zastrz. doż. nowarsenobenzolu po 0,6=1,2 g.

Ogółem chora otrzymała w 5 serjach 52 zastrzyki podskórne chininy od

0,2—0,5 razem 20,1 g. i 10 zastrzyków dożylnych nowarsenobenzolu od 0,3—0,6 razem 5,1 g.

24.II 1928. **Drugie badanie kontrolne.** Nos: Mała poprawa. Nacieki bliznowate, spłaszczone, zwężające światło nosa, bardziej po stronie lewej.

Jama nosowogardłowa: Mała poprawa. Światło choan nieco szersze.

Krtań: Mała poprawa. Nieznaczny nacisk na prawem więzadle głosowem, pozatem jak 2.XII.

30.V. 1928. **Trzecie badanie kontrolne** (po 7 miesiacach). Nos: Pogorszenie. Świeże nacieki po stronie prawej, wypełniające całe światło nosa, wychodzące z przegrody i dolnej muszli i stykające się ze sobą. Po stronie lewej płaski naciek w dolnej części przegrody.

Jama nosowogardłowa: Bez dalszej poprawy.

Krtań: Pogorszenie. Więzadła rzekome zgrubiałe i bliznowato zbliżone w spoidle przedniem. Wałowate nacieki podwięzadłowe. Światło krtani mniejsze, ruchomość więzadeł gorsza.

Wycinek z nosa: *Rhinoscleroma* (obfite komórki Mikulicza i dużo ciałek Cornila).

Prątki twardzieli: Nieobecne.

Krew: a) Odczyn zlepny z prątkami twardzieli:—dodatni.
b) „ wiązania dopełniacza z prątkami twardzieli:—dodatni.

22.VI 1928. Z powodu duszności wykonano tracheotomję.

Lp. 4. K. A. lat 16, k.

Wywiady. Chora od roku. Pierwsze objawy chrypka i zasychanie wydzieliny w nosie. W trzecim miesiącu choroby wystąpiła duszność, zwłaszcza przy pracy, oraz trudność w oddychaniu nosem.

18.X. 1927. **Stan obecny.** Nos. Błona śluzowa sucha, pokryta zaschniętą wydzieliną i strupami, silny fetor specyficzny, nacieków wyraźnych nie stwierdza się, jedynie płaskie nacieki miejscami, drożność nosa upośledzona.

Gardło: Błona śluzowa sucha, jak polukrowana.

Jama nosowogardłowa: Na górnej powierzchni podniebienia miękkiego płaskie i nierówne nacieki, okrężne zwężenie choan do połowy, zaschnięta wydzielina.

Krtań: Wejście do krtani bez zmian. Więzadła gładkie, prawidłowo ruchome. Nacieki podwięzadłowe, wałowate, zwężające światło głośni o jedną trzecią. Wskutek zwężenia wdech i wydech wyraźnie słyszalne.

Tchawica (2.XI. 1927): Rozległe nacieki guzkowate poniżej więzadeł oraz w górnym i środkowym odcinku tchawicy, zwężające jej światło do 3 mm i utrudniające wgląd na miejsce rozdwojenia.

Wycinek z nosa:—niepobrany.

Prątki twardzieli:—Obecne.

Krew: a) Odczyn zlepny z prątkami twardzieli:—dodatni.
b) Odczyn wiązania dopełniacza z prątkami twardzieli: - dodatni.
c) Odczyn Wassermanna:—ujemny.

Rozpoznanie: *Scleroma nasi, epipharyngis, laryngis et tracheae.*

Leczenie: a) Od 19.X—31.X autohemoterapja w postaci 11 zastrzyków domięśniowych własnej krwi w ilości razem około 100 cm^3—bez większej poprawy.

b) Zastrzyki chininy z nowarsenobenzolem:

I serja: od 3.XI—12.XI — 8 zastrz. podsk. chin. bimur. po 0,2—0,3=2,0 g.
1 „ doż. nowarsenobenzolu po 0,3=0,3 g.
II serja: od 19.XI—28.XI—18 „ podsk. chin. bimur. po 0,2=3,6 g.
1 „ doż. nowarsenobenzolu po 0,6=06 g.

Ogółem otrzymała 5,6 g chininy w 26 zastrzykach podskórnych i 0,9 g nowarsenobenzolu w 2 zastrzykach dożylnych.

1.XII. 1927. **Badanie kontrolne.** Nos: Duża poprawa. Błona śluzowa przekrwiona, wilgotna, zaschniętej wydzieliny niema, fetoru nie czuje się, drożność nosa prawidłowa.

Gardło: Poprawa. Błona śluzowa wilgotniejsza.

Jama nosowogardłowa: Poprawa. Nacieki więcej spłaszczone i o charakterze bliznowatym, światło choan szersze, niema zaschniętej wydzieliny.

Krtań: Duża poprawa. Nacieków podwięzadłowych nie stwierdza się.

Tchawica: Duża poprawa. 16.XI stwierdza się w górnym odcinku tchawicy okrężne, płaskie nacieki, bliznowaciejące, przechodzące ku dołowi w błoniaste okrężne zwężenie, o przekroju 4 mm. Dwukrotne rozszerzenie zwężenia przy pomocy bronchoskopu. 1.XII: Światło tchawicy szerokie, ściana tchawicy nierówna, łatwo krwawi, rozdwojenie i oskrzela prawidłowe. Chora oddycha zupełnie swobodnie.

1.V. 1928. **Drugie badanie kontrolne** (po 5 miesiącach). Nos: Nieco zaschniętej wydzieliny, pozatem bez zmian.

Gardło i jama nosowogardłowa: Jak 1.XII.

Krtań: Zmian nie stwierdza się.

Tchawica: W górnym odcinku nierówne, płaskie nacieki o charakterze bliznowatym.

Prątki twardzieli: Dwukrotne badanie dało wynik ujemny.

Lp. 8. K. K. lat 20, k.

Wywiady. Chora od roku. Pierwsze objawy: utrudnione oddychanie, kaszel, później chrypka.

9.XII. 1927. **Stan obecny.** Nos: Guzkowate, twarde nacieki po obu stronach na przegrodzie i dolnej muszli, stykające się ze sobą po stronie prawej. Dużo zaschniętej wydzieliny o specyficznym zapachu. Upośledzenie drożności nosa.

Jama nosowogardłowa: Na górnej powierzchni podniebienia miękkiego nierówne, guzkowate nacieki, zasłaniające do połowy nozdrza tylne, pozatem te ostatnie silnie okrężnie zwężone. Nieco zaschniętej wydzieliny.

Krtań: Lewa chrząstka nalewkowa nacieczona, zgrubienie więzadeł rzekomych, wałowate nacieki podwięzadłowe, zwężające światło głośni do połowy. Ruchomość więzadeł upośledzona. Nacieki schodzą wgłąb tchawicy.

Tchawica: Z powodu silnej reakcji i duszności nie wykonano tracheoskopji.

Wycinek z nosa: *Rhinoscleroma.*

Prątki twardzieli: Obecne.

Krew: a) Odczyn zlepny z prątkami twardzieli:—dodatni.
b) ,, wiązania dopełniacza z prątkami twardzieli:—dodatni.
c) ,, Wassermanna i Sachs-Georgi'ego:—ujemny.

Rozpoznanie: *Scleroma nasi, epipharyngis, laryngis et tracheae.*

Leczenie: Zastrzyki chininy z nowarsenobenzolem:

I serja: od 11.XII—22.XII — 10 zastrz. podsk. chin. bim. po 0,4 — 0,5 = 4,6 g.
2 ,, doż. nowarsenobenzolu po 0,6 = 1,2 ,,

II serja: od 26.XII—6.I — 10 zastrz. podsk. chin. bimur. po 0,5 = 5,0 ,,
2 ,, doż. nowarsenobenzolu po 0,6 = 1,2 ,,

10.I. 1928. **Badanie kontrolne.** Nos: Mała poprawa. Mniej zaschniętej wydzieliny i słabszy zapach. Nacieki bez zmiany.

Jama nosowogardłowa i krtań: Bez większej poprawy.

III serja: od 12.I—23. I — 10 zastrz. podsk. chin. bimur. po 0,5 = 5,0 g.
2 ,, doż. nowarsenobenzolu po 0,6 = 1,2 ,,

IV serja: od 15.I—II. III — 11 ,, podsk. chin. bimur. po 0,5 = 5,4 ,,
2 ,, doż. nowarsenobenzolu po 0,6 = 1,2 ,,

Leczenie przebiegało bez większej reakcji.

Ogółem chora otrzymała w 4 serjach 41 zastrzyków podskórnych chininy (chinini bimuriatici) = 20,0 g i 8 zastrzyków dożylnych nowarsenobenzolu = 4,8 g.

9.III. 1928. **Drugie badanie kontrolne.** Nos: Mała poprawa. Nacieki więcej o charakterze bliznowatym, brak zaschniętej wydzieliny, drożność nosa lepsza.

Jama nosowogardłowa: Mała poprawa. Światło choan nieco szersze, niema zaschniętej wydzieliny.

Krtań: Pogorszenie. Nacieki objęły poza lewą chrząstką nalewkową również lewy fałd nalewkowonagłośniowy. Światło krtani nieco mniejsze.

Od 8.II—17.III — 7 naświetlań krtani promieniami Röntgena.

Lp. 9. J. N. lat 23, m.

Wywiady. Chory od 3 lat. Z początkiem 1927 r. leczony w Klinice Otolaryngologicznej we Lwowie (usunięcie nacieków, 4-krotne naświetlanie promieniami Röntgena). Od 2 miesięcy pogorszenie w postaci chrypki i trudności w oddychaniu.

10.XII 1927. **Stan obecny.** Nos: Zupełna niedrożność przewodów. Oba przewody wypełnione świeżemi naciekami, różowemi, o powierzchni kalafiorowatej i nierównej, łatwo krwawiącemi, dosyć twardemi.

Gardło: Na prawym tylnym łuku podniebiennym guzek wielkości fasoli (3 : 6 mm), pozatem błona śluzowa przekrwiona.

Jama nosowogardłowa: Na górnej powierzchni podniebienia miękkiego nierówne, guzowate nacieki, nozdrza tylne niedrożne. Języczek podciągnięty.

Krtań: Więzadła prawdziwe silnie przekrwione. Wałowate nacieki podwięzadłowe. Tuż poniżej więzadeł widać nacieki w postaci błony bliznowatej, zwężające półokrężnie światło tchawicy do połowy.

Tchawica: Około 2 cm poniżej więzadeł nacieki (w górnym odcinku bliznowate), zwężające światło tchawicy okrężnie do wielkości grochu, schodzące w dół aż prawie do rozdwojenia, o powierzchni nierównej, silnie krwawiącej. Rozdwojenie i oskrzela bez zmian.

Wycinek z nosa: *Rhinoscleroma*.

Prątki twardzieli: Obecne.

Krew: a) Odczyn zlepny z prątkami twardzieli—dodatni.
b) ,, wiązania dopełniacza z prątkami twardzieli—dodatni.
c) ,, Wassermanna — ujemny.
d) ,, Sachs-Georgi'ego—słabo zaznaczony.

Rozpoznanie: *Scleroma nasi, pharyngis, epipharyngis, laryngis et tracheac.*

Leczenie: Zastrzyki chininy z nowarsenobenzolem:

I serja:	od 11.XII—22.XII	—10	zastrz.	podsk. chin. bim. po 0,4—0,5	= 4,6 g.
		2	,,	doż. nowarsenobenzolu po 0,6	= 1,2 „
II serja:	od 26.XII—6.I	—10	,,	podsk. chin. bimur. po 0,5	= 5,0 „
		2	,,	doż. nowarsenobenzolu po 0,6	= 1,2 „
III serja:	od 12.I—23.I	—10	,,	podsk. chin. bimur. po 0,5	= 5,0 „
		2	,,	doż. nowarsenobenzolu po 0,6	= 1,2 „

Leczenie przebiegało bez żadnej reakcji.

Ogółem chory otrzymał w 3 serjach 30 zastrzyków podskórnych chininy po 0,4 — 0,5 razem 14,6 g i 6 zastrzyków dożylnych nowarsenobenzolu po 0,6 razem 3,6 g.

25.I. 1928. **Badanie kontrolne.** Nos: Mała poprawa. Nacieki w nosie nieco mniejsze i o mniejszej tendencji do krwawienia.

Gardło: Mała poprawa. Guzek nieco mniejszy.

Jama nosowogardłowa: Bez poprawy.

Krtań: Mała poprawa. Więzadła prawdziwe mniej przekrwione. Nacieki podwięzadłowe wyraźnie mniejsze.

Tchawica: Poprawa. Światło szersze, nacieki więcej o charakterze bliznowatym, mniej krwawią.

25.IV. 1928. **Drugie badanie kontrolne** (po 3 miesiącach). Nos: Mała poprawa. Nacieki mniejsze, twardsze, nie tak łatwo krwawiące

Gardło: Mała poprawa. Guzek mniejszy (2,5 — 4 mm).

Jama nosowogardłowa: Mała poprawa. Nacieki więcej bliznowate.

Krtań: Duża poprawa. Przekrwienie prawego więzadła. Nacieków podwięzadłowych ani błony bliznowatej nie widać (wykonano 3 bronchoskopje). Na przedniej ścianie tchawicy lekkie nierówności.

Tchawica: Duża poprawa (po 3 bronchoskopjach). Nierówne, guzkowate nacieki w bardzo małej ilości w górnym odcinku tchawicy, pozatem tchawica i oskrzela bez zmian.

Wycinek z nosa: *Rhinoscleroma.* Preparat składa się z samych prawie komórek Mikulicza.

Prątki twardzieli: Obecne.

Krew: a) Odczyn zlepny z prątkami twardzieli:—dodatni.
b) ,, wiązania dopełniacza z prątkami twardzieli:—dodatni.
c) ,, Wassermanna i Sachs-Georgi'ego:—ujemny.

28.IV. 1928. Nacieki w nosie usunięto chirurgicznie.

Lp. 11. W. St., lat 20, m.

Wywiady. Chory od 6 miesięcy. Pierwsze objawy duszność przy oddychaniu, zwłaszcza przy pracy i chrypka.

6.I. 1928. **Stan obecny.** Nos: Płaski, nierówny naciek na dolnej ścianie przewodu nosowego, nie upośledzający drożności nosa. Słaby zapach specyficzny.

Gardło: Języczek podciągnięty do góry.

Jama nosowogardłowa: Okrężne zwężenie choan do połowy, zaschnięta wydzielina.

Krtań: Wałowate nacieki podwięzadłowe, przechodzące na więzadła prawdziwe, zwężające światło głośni do połowy i upośledzające ruchomość więzadeł. Nacieki schodzą wgłąb tchawicy.

Tchawica: Nierówne, płaskie nacieki twardzielowe, schodzące do oskrzeli, nie upośledzające zbytnio światła.

Wycinek z nosa: nie pobrany.

Prątki twardzieli: Obecne.

Krew: a) Odczyn zlepny z prątkami twardzieli:—dodatni.

b) „ wiązania dopełniacza z prątkami twardzieli:—dodatni.

c) „ Wassermanna:—ujemny.

Rozpoznanie: *Scleroma nasi, epipharyngis, laryngis et tracheae.*

Leczenie: a) Tracheotomja z powodu obcego ciała w oskrzelu (odłamek rury Schröttera) i duszności. Wydobycie obcego ciała.

b) Zastrzyki chininy z nowarsenobenzolem:

I serja:	od 17.I—29.I —	10 zastrz.	podsk. chin. bimur.	po 0,5 = 5,0 g.
		3 „	doż. nowarcenobenzolu	po 0,6 = 1,8 „
II serja:	od 5.II—28.II —	14 „	podsk. chin. bimur.	po 0,5 = 7,0 „
		1 „	doż. nowarsenobenzolu	po 0,6 = 0,6 „

Ogółem otrzymał w 2 serjach 24 zastrzyki podskórne chininy, razem 12 g. chin. bimur. i 4 zastrzyki dożylne nowarsenobenzolu razem 2,4 g.

W czasie leczenia czterokrotnie wystąpiła zwyżka ciepłoty powyżej 39^0, utrzymująca się 1 — 2 dni.

23.III. 1928. **Badanie kontrolne.** Nos: Duża poprawa. W miejscu nacieku blizna gładka, płaska. Zapachu nie czuje się.

Gardło i jama nosowogardłowa: Bez zmiany.

Krtań: Duża poprawa. Nacieki prawie zupełnie znikły, ruchomość więzadeł znacznie lepsza, światło krtani prawidłowo szerokie, w spoidle przedniem blizenka fartuszkowata.

Tchawica: Mała poprawa. Nacieki bardziej spłaszczone, bliznowate, drożność lepsza.

1.V. 1928. **Drugie badanie kontrolne.** Nos: Bez dalszej poprawy.

Gardło: Poprawa. Błona śluzowa wilgotniejsza.

Jama nosowogardłowa: Poprawa. Niema zaschniętej wydzieliny.

Krtań i tchawica: Bez dalszej poprawy.

Leczenie twardzieli argochromem.

Leczenie to zastosowano w jednym przypadku z objawami twardzieli od roku. Zajęte były procesem chorobowym nos, jama nosowogardłowa i krtań. Chora otrzymała w trzech serjach 14 zastrzyków dożylnych od 0,05 do 0,1 argochromu. Mimo dwumiesięcznej obserwacji nie stwierdzono żadnego wpływu tego środka na przebieg choroby i jej objawy, wobec czego zaprzestano leczenia tym środkiem i zastosowano leczenie zastrzykami chininy. Dopiero po zastosowaniu 10,1 gramów chininy zaobserwowano pewną poprawę w zakresie nosa. Przebieg choroby w tym przypadku przedstawia się następująco:

Lp. 1. Kw. E., lat 17, k.

Wywiady. Chora od roku. Pierwsze objawy: chrypka, później utrudnione oddychanie.

3.X. 1927. **Stan obecny.** Nos: Błona śluzowa sucha, pokryta zaschniętą wydzieliną, nacieków nie stwierdza się.

Gardło: Błona śluzowa przekrwiona, dość sucha.

Jama nosowogardłowa: Nieznaczne, okrężne zwężenie choan.

Krtań: Duże okrężne nacieki podwięzadłowe, zwężające światło głośni do wielkości ziarna zboża. Ruchomość więzadeł upośledzona. Chrypka i duszność.

Wycinek z nosa: nie pobrany.

Prątki twardzieli: Nieobecne.

Krew: a) Odczyn zlepny z prątkami twardzieli: dodatni.
b) „ wiązania dopełniacza z prątkami twardzieli:—dodatni.
c) „ Wassermanna:—ujemny.

Rozpoznanie: *Scleroma nasi, epipharyngis et laryngis. Stenosis laryngis.*

Leczenie: a) Tracheotomja.
b) Zastrzyki dożylne argochromu.

I serja: od	15.X—18.X	— 4	zastrzyki	argochromu	=	0,35
II „ „	21.X—24.X	— 4	„	„	=	0,35
III „ „	27.XI—3.XII	— 6	„	„	=	0,6

Ogółem chora otrzymała 14 zastrzyków dożylnych argochromu od 0,05 do 0,1 razem 1,3 g, początkowo bez żadnej reakcji; pod koniec z powodu zapalenia żył przerwano te zastrzyki.

10.XII. 1927. **Badanie kontrolne.** Nie stwierdzono żadnej poprawy ani w nosie, ani w krtani.

c) Zastrzyki podskórne chininy:

I serja: od	11.XII—22.XII	— 12	zastrz. chin. bim.	á	0,4—0,5	= 5,6 g.
II serja: od	26.XII—3.I	— 9	„ „ „	á	0,5	= 4,5 g.

Ogółem chora otrzymała w drugiem leczeniu 21 zastrzyków podskórnych chininy od 0,4 do 0,5 razem 10,1 g bez reakcji.

3.I. 1928. **Badanie kontrolne.** Nos: Poprawa. Błona śluzowa wilgotniejsza, niema zaschniętej wydzieliny, drożność nosa lepsza.

Krtań: Bez poprawy.

Wnioski.

Na podstawie otrzymanych wyników w leczeniu twardzieli środkami chemicznemi dochodzę do następujących wniosków:

1) Leczenie twardzieli środkami chemicznemi ma duże znaczenie dla zwalczania tej choroby, gdyż do pewnego stopnia udostępnia je ogółowi lekarzy.

2) Ze środków chemicznych stosowano dotychczas w Klinice Otolaryngologicznej we Lwowie cztery, mianowicie dwa preparaty bizmutowe: Luatol i Bismuth.-Chinin. Jodat., dalej chininę z nowarsenobenzolem i argochrom:

a) Najsilniej działającemi środkami okazały się oba preparaty bizmutowe, z tych luatol działa silniej i pewniej niż Bismuth.-Chinin. Jodat.

Tablica I.

Zestawienie wyników leczenia twardzieli Luatolem.

L. p.	Kto	Wywiady	Rozpoznanie	Leczenie	Badanie kontrolne	Nos	Gardło	Jama nosowogardłowa	Krtań	Tchawica	Woreczek łzowy	Czas obserwacji	Ogólny czas leczenia	Uwagi
2	P. K. kobieta l. 26	Chora od roku.	Scleroma nasi, epipharyngis, laryngis et tracheae. Stenosis laryngis.	I serja: 12 z. II „ 15 z. } 27 zastrzyków	I II III	O + +		O + „	O + „	nie badana		27 dni 73 „ 31 „	6 miesięcy	Przed leczeniem chemicznem 4 × Röntgen.
7	H. O. kobieta l. 20	Chora od roku.	Scleroma nasi, epipharyngis, laryngis et tracheae.	I serja: 16 z. II „ 10 z. } 26 zastrzyków	I II	+ +++		— +	O +	+ *)		32 dni 71 „	$3^{1}/_{2}$ miesiąca	*) Przez bronchoskopje.
12	Ch. Cz. mężczyzna l. 25	Chory od 12 lat, od 3 lat pogorszenie w gardle.	Scleroma nasi, pharyngis et epipharyngis.	I serja: 11 z. II „ 11 z. } 22 zastrzyki	I II	**) ++	+ ++	+ 				21 dni 45 „	$2^{1}/_{2}$ miesiąca	**) Stosowano również elektrokoagulację nacieków i blizny.
13	O. M. mężczyzna l. 17	Chory od 4 miesięcy. Siostra chora na twardziel, przed rokiem leczona na Klinice.	Scleroma nasi, epipharyngis, laryngis et tracheae.	I serja: 10 z. II „ 10 z. } 20 zastrzyków	I II III	O ++ ++	+ „	O + „	O ++ „	+ „		21 dni 40 „ 11 „	$2^{1}/_{2}$ miesięca	
15	Kr. A. kobieta l. 24	Chora od 6 miesięcy. Brat chory na twardziel.	Scleroma nasi, epipharyngis et sacci lacrimalis.	I serja: 12 z. II „ 9 z. } 21 zastrzyków	I II	O +		O			+	23 dni 22 „	$1^{1}/_{2}$ miesiąca	
16	P. M. kobieta l. 25	Chora od 6 miesięcy.	Scleroma nasi, epipharyngis et laryngis.	I serja: 10 zastrzyków	I	+		—	—			20 dni	1 miesiąc	
18	K. S. kobieta l. 28	Chora od 4 miesięcy.	Scleroma nasi, epipharyngis, laryngis et tracheae.	I serja: 10 zastrzyków	I	++		+	+	O		21 dni	1 miesiąc	
19	D. Ks. kobieta l. 20	Chora od 4 lat, od $1^{1}/_{2}$ roku pogorszenie.	Scleroma nasi, epipharyngis, laryngis et tracheae.	I serja: 10 zastrzyków	I	O		—	O	za krótki czas obserwacji		21 dni	1 miesiąc	
21	Kr. M. mężczyzna l. 24	Chory od 7 lat. Przed rokiem leczony Röntgenem. Od 4 miesięcy pogorszenie.	Scleroma nasi, epipharyngis, laryngis et tracheae.	I serja: 10 zastrzyków	I	+	O	O	O	„		23 dni	4 tygodnie	
22	S. J. kobieta l. 51	Chora od roku.	Scleroma nasi et epipharyngis.	I serja: 10 zastrzyków	I	O		O				19 dni	3 tygodnie	

Objaśnienie znaków: +++ = wyleczenie, ++ = duża poprawa, + = poprawa, O = mała poprawa, — = bez poprawy, — — = pogorszenie.

Tablica II.

Zestawienie wyników leczenia twardzieli zastrzykami Bismuth.-Chinin. Jodat.

L.p	Kto	Wywiady	Rozpoznanie	Leczenie	Badanie kontrolne	Nos	Gardło	Jama nosowogardłowa	Krtań	Tchawica	Czas obserwacji	Ogólny czas leczenia	Uwagi
5	K. L. mężczyzna l. 32	Chory od 5 lat. Przed 3 latami leczony w Krakowie Röntgenem. Od 6 miesięcy pogorszenie.	Scleroma nasi, epipharyngis, laryngis et tracheae.	4 serje: 24 zastrzyki = 72 cm³	I II	+ +	O „	O „	+ „	+ ++*)	41 dni 42 „	3 miesiące	
6	Sz. Wł. mężczyzna l. 23	Chory od roku.	Scleroma nasi, epipharyngis, laryngis et tracheae.	4 serje: 24 zastrzyki = 72 cm³	II II III	— O +		— O „	— O O	 O +*)	36 dni 82 „ 81 „	6½ miesiąca	*) Przez bronchoskopje
10	Br. M. kobieta l. 18	Chora od roku.	Scleroma nasi, epipharyngis, laryngis et tracheae.	3 serje: 18 zastrzyków = 54 cm³	I II	O ++		 +	+ ++	— ++*)	30 dni 42 „	2½ miesiąca	
14	D. M. mężczyzna l. 22	Chory od 8 miesięcy. Tracheotomja przed przybyciem do kliniki.	Scleroma nasi, epipharyngis, laryngis et tracheae.	3 serje: 18 zastrzyków = 54 cm³	I II III	+ ++ „	 O „	+ „ „	+ „ „	 — „	33 dni 41 „ 135 „	8 miesięcy	Początkowo wstrzykiwano domięśniowo 10% sulf. praec. = 0·9 bez efektu.
17	L. E. kobieta l. 21	Chora od 4 miesięcy.	Scleroma nasi, epipharyngis et laryngis.	4 serje: 24 zastrzyki = 72 cm³	I II	O +		— O	O „		29 dni 45 „	2½ miesiąca	
20	M. J. mężczyzna l. 23	Chory od roku.	Scleroma nasi, epipharyngis, laryngis et tracheae.	2 serje: 12 zastrzyków = 36 cm³	I	+		—	O	Za krótki czas obserwacji	34 dni	5 tygodni	

*) Objaśnienie znaków: +++ = wyleczenie, ++ = duża poprawa, + = poprawa, O = mała poprawa, — = bez poprawy, —— = pogorszenie.

Tablica III.

Zestawienie wyników leczenia twardzieli chininą z nowarsenobenzolem.

L.p.	Kto	Wywiady	Rozpoznanie	Leczenie	Badanie kontrolne	Nos	Gardło	Jama nosowogardłowa	Krtań	Tchawica	Czas obserwacji	Ogólny czas leczenia	Uwagi
3	J. A. kobieta l. 20	Chora od 6 miesięcy.	Scleroma nasi, epipharyngis et laryngis.	W 5 serjach: 52 zastrzyki chininy = 20·1 g. 10 „ nowarsenobenzolu = 5·1 „	I II III	+ O — —		— O —	+ O — —		42 dni 84 „ 96 „	8 miesięcy	
4	K. A. kobieta l. 16	Chora od roku, od 3 miesięcy pogorszenie.	Scleroma nasi, epipharyngis, laryngis et tracheae.	W 2 serjach: 26 zastrzyków chininy = 5·6 g. 2 „ nowarsenobenzolu = 0·9 „	I II	++ [1] ++	+ „	+ „	++ +++	++ [2] +	28 dni 5 miesięcy	6½ miesiąca	[1]) Przed leczeniem chemicznem leczona autohemoterapją. 11 zastrzyków=100 cm³ krwi. [2]) Dwie bronchoskopje.
8	K. K. kobieta l. 20	Chora od roku.	Scleroma nasi, epipharyngis, laryngis et tracheae.	W 4 serjach: 41 zastrzyków chininy = 20·0 g. 8 „ nowarsenobenzolu = 4·8 „	I II	O O		— O	— — —	niebadana	32 dni 45 „	3 miesiące	
9	J. N. mężczyzna l. 23	Chory od 3 lat. Leczony na klinice Röntgenem. Od 2 miesięcy pogorszenie.	Scleroma nasi, pharyngis, epipharyngis, laryngis et tracheae.	W 3 serjach: 30 zastrzyków chininy = 14·6 g. 6 „ nowarsenobenzolu = 3·6 „	I II	O O	O O	— O	O ++ [3])	+ ++ [3])	45 dni 3 miesiące	5 miesięcy	[3]) Trzy bronchoskopje.
11	W. St. mężczyzna l. 20	Chory od 6 miesięcy.	Scleroma nasi, epipharyngis, laryngis et tracheae.	W 2 serjach: 24 zastrzyki chininy = 12·0 g. 4 „ nowarsenobenzolu = 2·4 „	I II	++ [4]) „	— +	— +	++ „	O „	66 dni 39 „	4 miesiące	[4]) W czasie leczenia chory 4 razy gorączkował powyżej 39°.

Leczenie twardzieli argochromem.

L.p.	Kto	Wywiady	Rozpoznanie	Leczenie	Badanie kontrolne	Nos	Gardło	Jama nosowogardłowa	Krtań	Tchawica	Czas obserwacji	Ogólny czas leczenia	Uwagi
1	Kw. E. kobieta l. 17	Chora od roku.	Scleroma nasi, epipharyngis et laryngis. Stenosis laryngis.	a) W 3 serjach 14 zastrz. argochromu = 1·3 g. b) W 2 serjach 21 zastrz. chininy = 10·1 g.	I II	— +		— O	— —		56 dni 26 „	3 miesiące	Dopiero po chininie uzyskano pewną poprawę

Objaśnienie znaków: +++ = wyleczenie, ++ = duża poprawa, + = poprawa, O = mała poprawa, — = bez poprawy, — — = pogorszenie.

Tablica IV.

Zestawienie wyników końcowych leczenia chemicznego twardzieli.

	Leczenie	Ilość przypad.	+++	++	+	O	—	——	Uwagi
Nos 22 przyp.	Luatol	10	1	3	4	2	—	—	
	Bismuth.-Chinin. Jodat.	6	—	2	4	—	—	—	
	Chinina i nowarsenobenzol	5	—	2 *)	—	2	—	1	
	Argochrom	1	—	—	—	—	1	—	
Gardło 2 przyp.	Luatol	1	—	1	—	—	—	—	
	Bismuth.-Chinin. Jodat.	—	—	—	—	—	—	—	
	Chinina i nowarsenobenzol	1	—	—	—	1	—	—	
	Argochrom	—	—	—	—	—	—	—	
Jama nosowo-gardłowa 22 przyp.	Luatol	10	—	—	5	3	2	—	
	Bismuth.-Chinin. Jodat.	6	—	—	2	3	1	—	
	Chinina i nowarsenobenzol	5	—	—	2 *)	2	1	—	
	Argochrom	1	—	—	—	—	1	—	
Krtań 19 przyp.	Luatol	7	—	1	3	2	1	—	
	Bismuth.-Chinin. Jodat.	6	—	1	2	3	—	—	
	Chinina i nowarsenobenzol	5	1 *)	2 *)	—	—	—	2	
	Argochrom	1	—	—	—	—	1	—	
Tchawica 15 przyp.									Niebadane
	Luatol	6	—	—	2	1	—	—	3
	Bismuth.-Chinin. Jodat.	5	—	2	1	—	1	—	1
	Chinina i nowarsenobenzol	4	—	1 *)	1	1	—	—	1
	Argochrom	—	—	—	—	—	—	—	—
Woreczek łzowy 1 przyp.	Luatol	1	—	—	1	—	—	—	
	Bismuth.-Chinin. Jodat.	—	—	—	—	—	—	—	
	Chinina i nowarsenobenzol	—	—	—	—	—	—	—	
	Argochrom	—	—	—	—	—	—	—	

*) Inne przyczyny?

Objaśnienie znaków:

+++ = wyleczenie
++ = duża poprawa
+ = poprawa
O = mała poprawa
— = bez poprawy
—— = pogorszenie.

b) Leczenie chininą z neosalwarsanem (nowarsenobenzolem „Billon") nie dało do dzisiaj pewnych wyników, jednakże wpływu leczniczego na twardziel tych środków nie można wykluczyć.

c) Leczenie argochromem prawdopodobnie nie wpływa zupełnie na przebieg choroby.

3) Działanie luatolu objawia się przedewszystkiem w zwilgotnieniu błony śluzowej, znikaniu zaschniętej wydzieliny i specyficznego zapachu twardzielowego. Nacieki twardzielowe pod wpływem luatolu cofają się, świeże mogą nawet znikać zupełnie, starsze przechodzą w tkankę bliznowatą. Chrypka cofa się lub okazuje znaczną poprawę. Trudności w oddychaniu cofają się. Podmiotowo chorzy już po paru zastrzykach czują się lepiej.

4) Działanie Bismuth.-Chinin. Jodat. objawia się w postaci spłaszczania i bliznowacenia nacieków. Na zasychanie wydzieliny i zapach specyficzny ten preparat prawie nie wpływa. Na chrypkę i trudności w oddychaniu wpływa słabiej od luatolu.

5) Zastrzyki luatolu i Bismuth.-Chinin. Jodat. są bezbolesne i przebiegają bez większej reakcji ogólnej lub miejscowej.

6) W czasie leczenia preparatami bizmutowemi wymagana jest stała kontrola nerek i dziąseł. W razie zauważenia białkomoczu lub zapalenia dziąseł należy przerwać leczenie na dłuższy okres czasu.

7) Działanie luatolu i Bismuth.-Chinin. Jodat. trwa nietylko w czasie samego leczenia, lecz również w czasie przerwy. Często po dłuższej przerwie następuje dalsza poprawa.

8) Badań nad leczeniem chemicznem twardzieli nie można uważać za ukończone. Są konieczne dalsze badania i dalsza obserwacja dotychczas leczonych przypadków.

Piśmiennictwo.

1) Wieser. Trzy przypadki twardzieli leczone salwarsanem. (Pol. Tow. Otolaryng. we Lwowie, posiedz. z 16.I. 1912). 2) Lubliner L. O stosowaniu arsenobenzolu w przypadkach twardzieli etc. (Medycyna Nr. 47, 1912). 3) Lubliner L. Über die Anwendung von Arsenobenzol (606) in Fällen von Sklerom etc. (Fränkels Archiv. Bd. 28. H. 3. 1914). 4) Lieck W. Rhinosklerom und Salvarsan. (Petersb. med. Wochenschr. Nr. 10. 1912). 5) Kämpfer L. Salvarsan in rhinoscleroma. (New York medical journal. 28.III 1914). 6) Hölscher. Heilung eines Falles von Rhinosklerom durch Salvarsan (Fränkels Archiv. Bd. 25. H. 3. 1911). 7) Basch E. Die Behandlung des Skleroms mit Neosalvarsan. (Verh. des Aerztevereins zu Budapest Nr. 2. 1916). 8) Canapele A. Sclerom und Salvarsan. (XV Congress Societá Ital. di Lar. Ot. Rinol. Wenecja 19.IX 1912). 9) Kabelik J. Bakterjologiczne rozpoznanie twardzieli. (Česká Dermatol. 4. Nr. 6/7 1923 — po czesku). 10) Lédl F. Posiedz. Czechosłow. Tow. Otolaryng. w Pradze, 19.V 1923). 11) Jindra Vr. Chemoterapja twardzieli (Čas. lékar. česk. T. 63 Nr. 14—15 1924—po czesku). 12) Jindra Vr. Posiedz. Tow. Otolaryng. Czechosłow. w Pradze 6.XII 1924). 13) Jindra Vr. Posiedz. Tow. Otolaryng. Czechosłow. w Pradze. 7.XII. 1925).

Z Kliniki Otolaryngologicznej U. J. K. we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr. *T. Zalewski.*

Dr. KAZIMIERZ SZUMOWSKI
Asystent Kliniki.

Rzadki przypadek ciała obcego w przewodzie usznym zewnętrznym.

Kazuistyka obcych ciał w uchu oraz uszkodzeń przewodu usznego zewnętrznego jest nadzwyczaj obfita i różnorodna. Szczególnie ostatnia wojna wszechświatowa wzbogaciła obszerną literaturę uszkodzeń narządu słuchowego.

Passow [1]) w swej monografji o uszkodzeniach narządu słuchowego zebrał do roku 1905 ogółem 844 prac, omawiających uszkodzenia tego rodzaju. Od tego czasu liczba spostrzeżeń i prac naukowych z tego zakresu ogromnie wzrosła. *Haymann* [2]) w streszczeniu zbiorowem, omawiającem jedynie uszkodzenia ucha w czasie wojny, przytoczył z górą 300 prac.

Obce ciała do przewodu usznego zewnętrznego dostają się przeważnie drogą naturalną, t. zn. przez otwór słuchowy zewnętrzny. Przypadki takich ciał obcych spotyka się przeważnie u dzieci w postaci grochu, fasoli, guzików, pestek owocowych i innych drobnych przedmiotów, czasem w postaci owadów żyjących, jak muchy i ich larwy, karaluchy, stonogi i tp.

Znacznie rzadziej spostrzega się przypadki obcych ciał w przewodzie usznym, które dostały się tam od zewnątrz po przebiciu skóry w okolicy ucha oraz uszkodzeniu ściany przewodu.

W czerwcu 1927 r. obserwowano w Klinice lwowskiej tego rodzaju obce ciało w przewodzie usznym zewnętrznym w postaci zardzewiałego odłamka noża. Odłamek ten dostał się do przewodu usznego po urazie nożem w okolicę skroniową i znajdował się tam prawie od półtora roku.

Przebieg kliniczny tego przypadku przedstawiał się w sposób następujący:

Chory L.J. lat 27, z zawodu rolnik, zgłosił się 10 czerwca 1927 do ambulatorjum klinicznego ze skargami na znaczne upośledzenie słuchu po stronie prawej, obfity wyciek ropny oraz wyrastanie „dzikiego mięsa" z przewodu usznego.

Ciekawe wywiady wskazywały na urazowe tło tego cierpienia. Mianowicie, w lutym ub. r. chory został pobity w czasie jakiejś wiej-

skiej zabawy i otrzymał oprócz uderzenia pałką po głowie silne uderzenie nożem w okolicę prawej skroni powyżej łuku jarzmowego. Chory udał się do lekarza, który stwierdził ranę ciętą, założył opatrunek, poczem rana w parę tygodni się zagoiła. Chory czuł się zupełnie zdrów, tylko od czasu do czasu coś go urażało w okolicy prawej małżowiny usznej, zresztą słuch miał zupełnie prawidłowy. Dopiero od stycznia b.r., a więc prawie po upływie roku od czasu tego urazu, chory zauważył wyciek ropny z prawego ucha, oraz stopniowo wzrastające przytępienie słuchu. Od kilku tygodni spostrzegł, że coś mu w uchu wyrasta. Ropienie stale się utrzymywało, a słuch po stronie prawej chory prawie w zupełności utracił.

Przy badaniu chorego w ambulatorjum stwierdzono w prawej okolicy skroniowej na 3 palce powyżej łuku jarzmowego bliznę, długości około 3 cm, jako ślad po wyżej wspomnianym urazie. Poniżej i dookoła blizny wyczuwało się nieznaczne stwardnienie. W okolicy szczytu wyrostka sutkowego poza małżowiną uszną wyczuwało się nieznaczne chełbotanie. Miejsce to było nieco zaczerwienione i uwypuklone, a przy ucisku nieco bolesne. Z przewodu usznego zewnętrznego wyciekała wydzielina ropna o zapachu silnie cuchnącym, a po jej usunięciu widać było można w dolnej części przewodu granulacje, wystające na zewnątrz nakształt polipa usznego. Przy wprowadzaniu wziernika usznego do przewodu natrafiało się na opór, a przy uderzaniu zgłębnikiem stwierdzało się dźwięk metaliczny. Przy starannem oczyszczeniu przewodu z wydzieliny i dobrem oświetleniu go, można było zobaczyć gołem okiem jakieś obce ciało płaskie, o ciemnem zabarwieniu metalowem. Udało się wzdłuż górno-tylnej ściany przewodu swobodnie przeprowadzić zgłębnik wgłąb przewodu, a po wprowadzeniu w tem miejscu tępego haczyka stwierdziło się płaski kształt obcego ciała, jednak próby wyciągnięcia go w ten sposób nie udały się z powodu silnego oporu.

Badanie słuchu wykazało znaczne upośledzenie słuchu po stronie prawej, mianowicie:

	U. prawe	U. lewe
Objaw Webera: . . .	zbacza na prawo	
„ Rinne'go: . .	ujemny	dodatni
„ Schwabacha: .	Przedłużony o 10″ . .	norm.
Tony niskie:	wybitnie upośledzone .	„
„ wysokie: . . .	nieco upośledzone . .	„
Szept:	nie słyszy	„
Mowa głośna: . . .	1 m.	„

Podejrzewając związek stwierdzonego obcego ciała w przewodzie usznym zewnętrznym z urazem, jaki chory otrzymał półtora roku temu i przypuszczając, że ciałem tem może być kawałek odłamanego noża, wykonaliśmy dwa zdjęcia rentgenowskie (w Pracowni Rentgenologicznej Kliniki Lekarskiej U. J. K.) jedno w płaszczyźnie strzałkowej i drugie w płaszczyźnie czołowej. Zdjęcia te wykazały ciało obce w kształcie odłamka noża długości około 5 cm, przechodzące nieco ukośnie od dolnego brzega łuku jarzmowego na zewnątrz od niego, przez okolicę przewodu usznego zewnętrznego ku szczytowi wyrostka sutkowego (p. rentgenogram). O odłamaniu się kawałka noża w czasie bójki, jak i o jego obecności, chory zupełnie nie wiedział.



Rentgenogram ciała obcego w przewodzie usznym zewnętrznym w płaszczyźnie bocznej.

Dnia 17 czerwca przystąpiono do wydobycia obcego ciała drogą operacyjną w narkozie eterowej. Przecięto skórę wzdłuż dolnego brzegu łuku jarzmowego na przestrzeni około 4 cm, na tępo rozsu-

nięto tkankę łączną, częściowo bliznowato zmienioną, oraz wiązki mięśnia żwacza i wydobyto odłamek noża, pokryty rdzą, długości prawie 5 cm, szerokości 1,5 cm, przyczem wydostała się na zewnątrz spora ilość cuchnącej ropy. Podczas kontroli przewodu zewnętrznego okazało się, że jest on zraniony w części chrzęstnej ściany przednio-dolnej na przestrzeni $^2/_3$ swego obwodu w odległości około 1 cm od otworu zewnętrznego i że w miejsca zranienia wyrastają na zewnątrz granulacje długości około 12 mm, a szerokości 3 mm. Błona bębenkowa okazała się nieuszkodzoną. Ku tyłowi od małżowiny usznej w okolicy szczytu wyrostka sutkowego dano cięcie długości około 2 cm celem wypuszczenia ropy tu zebranej. Skórę górnego cięcia częściowo zaszyto trzema szwami, poza tem obie rany i przewód zewnętrzny wysetonowano, wreszcie założono opatrunek.

Przebieg pooperacyjny zupełnie prawidłowy. Gorączka, dochodząca początkowo do 38,2^0, na trzeci dzień po operacji spadła poniżej 37^0 i na tym poziomie utrzymywała się aż do czasu zupełnego wygojenia się ran. Na szósty dzień po zabiegu rana przewodu zewnętrznego zagoiła się, treść ropna tą drogą więcej już się nie wydostawała, granulacje się zmniejszyły. Natomiast obie rany zewnętrzne goiły się nieco wolniej, przy utrzymującem się nieznacznem ropieniu.

Badanie słuchu, przeprowadzone w tydzień po zabiegu, wykazało słuch po stronie prawej zupełnie prawidłowy, mianowicie:

	U. prawe	U. lewe
Objaw Webera:	centralny	
„ Rinne'go: . . .	dodatni	dodatni
„ Schwabacha: . .	norm.	norm.
Tony niskie:	„	„
„ wysokie: . . .	„	„
Szept:	„	„
Mowa głośna:	„	„

Z początkiem lipca chory opuścił Klinikę po zupełnem wygojeniu się ran.

Mechanizm znalezienia tego rodzaju ciała obcego w uchu wytłumaczyć można w następujący sposób. Podczas uderzenia nożem w okolicę skroniową nóż trafił pomiędzy łuskę kości skroniowej a łuk jarzmowy. Przy wyciąganiu noża odłamała się jego dolna część wskutek oparcia się o łuk jarzmowy. Można przypuścić również, że początkowo przewód zewnętrzny nie był zraniony. Dopiero później odłamek noża zaczął się poruszać ku dołowi i tyłowi wskutek własnego ciężaru, jak również może wskutek skurczów mięśnia żwacza

przy ruchach żuchwy. Po zranieniu przednio-dolnej ściany przewodu nastąpiło wtórne zakażenie rany od zewnątrz, zapalenie ropne przewodu zewnętrznego z wyrastaniem polipów usznych, co znowu pociągnęło za sobą prawie całkowite upośledzenie słuchu po stronie prawej. Błona bębenkowa i ucho środkowe pozostały w czasie tego procesu bez zmian, co tłumaczy całkowitą poprawę słuchu natychmiast po usunięciu ciała obcego, jako przyczyny wywołującej zapalenie przewodu usznego.

Zastanawiając się nad powyższym przypadkiem, podkreślić można ogromną rzadkość tego rodzaju uszkodzenia; przypadek ten jest ciekawy zarówno z punktu widzenia otjatrji jak i również z punktu widzenia medycyny sądowej.

Piśmiennictwo.

1). *Passow A.* Die Verletzungen des Gehörorganes. Wiesbaden 1905.
2). *Haymann L.* Ueber Schussverletzungen des Ohres. Leipzig 1919.

Z zakładu histologji i embrjologji U. P. Dyr. Prof. Dr. T. Kurkiewicz.

Przyczynek do histopatologji zmian wywołanych zatorem naczyń błędnikowych

podał:
Doc. Dr. A. LASKIEWICZ.

Zaburzenia krążenia w naczyniach krwionośnych ucha wewnętrznego przedstawiają się w obrazie klinicznym, jako następstwa utrudnionego odpływu krwi żylnej, względnie jako niedokrwienie pewnych części błędnika z przyczyn ogólnych, naczynioruchowych lub zatorów w gałązkach tętnicy słuchowej wewnętrznej. Te ostatnie zdarzają się najczęściej w cierpieniach narządu krążenia (endocarditis, arteriosclerosis) lub jako zatory powietrzne w chorobie kesonowej u nurków i pracowników betonowych. Spostrzeżenia kliniczne, dotyczące zmian w narządzie słuchowym w zatorach naczyń ucha środkowego i wewnętrznego, w przebiegu chorób narządu krążenia, należą do nielicznych. Już *Trautmann* zaznaczył w swej pracy „O schorzeniach ucha na tle zatorów naczyniowych w ostrem zapaleniu wsierdzia" rzadkość występowania tych zmian jak również ich początkowe niewyraźne i niestałe objawy ze strony narządu statycznego i słuchu, zwłaszcza przy zatkaniu mniejszych gałązek naczyniowych.

Friedreich i Habermann opisali przypadek zaczopowania arteriae

basilaris et auditivae int. w przebiegu ostrego zapalenia wsierdzia, w których wystąpiła nagle zupełna utrata słuchu, podczas gdy zaczopowanie mniejszych gałązek naczyniowych ucha środkowego w innych podobnych przypadkach zmian żadnych nie wywołało. *Trautmann* wykazał nadto doświadczalnie na zwłokach, że zatory w naczyniach ucha występują o wiele częściej w obrębie ucha środkowego drogą arteriae stylomastoideae (idącej od art. auricularis poster.), aniżeli drogą arteriae basilaris do art. audit. int. Co się zaś tyczy występowania zatorów w naczyniach ucha wewnętrznego, to dla zrozumienia tej sprawy pozwolę sobie przytoczyć naprzód dane anatomiczne, dotyczące naczyń krwionośnych tej części ucha. Ucho wewnętrzne zaopatruje art. auditiva int., która dzieli się już w przewodzie słuchowym wewnętrznym na dwie główne odgałęzienia: art. vestibularis i art. cochlearis. Ta ostatnia znów rozpada się jeszcze na 2 drobniejsze gałązki, t. j. ramus vestibulo-cochlearis, która zaopatruje dolną część błędnika i wzgórka oraz art. cochlear. propria. Odpływ krwi żylnej odbywa się również 3-ma drogami: 1) przez żyły towarzyszące wodociągowi przedsionkowemu, 2) przez żyły, towarzyszące wodociągowi ślimakowemu, 3) przez żyły przewodu słuchowego wewnętrznego. W warunkach normalnych naczynia ucha wewnętrznego nie łączą się z naczyniami capsulae labyrinthi, ani też z naczyniami ucha środkowego. W wyjątkowych tylko wypadkach *Politzer* i *Alexander* stwierdzili połączenie naczyń krwionośnych ucha środkowego przez przestrzenie okołonaczyniowe chłonne w części wzgórka okienka owalnego oraz w bańce kanału półkolistego. Z naczyniami ucha wewnętrznego *Zange* znów opisał połączenia naczyń krwionośnych w okolicy okienka okrągłego, idące przez capsula labyrinthi do bańki kanału półkolistego tylnego, oraz połączenia w obrębie kanału półkolistego poziomego, przechodzące w endosteum ściany błędnikowej.

O wiele częściej spotyka się w piśmiennictwie opisy zmian drobnowidowych w uchu wewnętrznem na tle najrozmaitszych zaburzeń krążenia, wywołanych bądźto nadmierną pobudliwością naczynioruchową, bądź utrudnieniem odpływu krwi żylnej z naczyń błędnika. *Moos Panse*, *Alexander* i *Brunner* wykazali, że zaburzenia naczynioruchowe, a w wyższym stopniu jeszcze zmiany miażdżycowe w art. auditiva int., powodują przedewszystkiem zmiany zanikowe wśród komórek zmysłowych błędnika i ślimaka. Zaczopowanie zaś tętnicy słuchowej wewnętrznej sprowadza, obok zmian troficznych w komórkach zmysłowych narządu Cortiego, zmiany zapalne w samym nerwie słuchowym. Prócz tego *Brunner* zwrócił uwagę na tę okoliczność

że powyższe zaburzenia krążenia w naczyniach ucha wewnętrznego muszą sprowadzić zmianę w ciśnieniu śródbłędnikowem, gdyż naczynia błędnika, a zwłaszcza stria vascularis, mają znaczenie nietylko odżywcze dla komórek zmysłowych, lecz równocześnie także przyczyniają się do wytwarzania endolimfy. Następstwem tych zmian w ciśnieniu peri i endolifmy są przemieszczenia wzgl. zniekształcenia poszczególnych części błędnika błoniastego.

Quix i Brunner podnoszą w swoich spostrzeżeniach ten szczegół, że guzy nerwu słuchowego, nie uciskające art. auditiva int., powodują zanik li tylko włókienek nerwu słuchowego, komórki zaś zmysłowe błędnika i ślimaka pozostają bez zmian. Natomiast ucisk venae audit. int., łączy się stale z wynaczynieniami w błędniku i ślimaku, obok nacieczenia wzdłuż gałązek nerwu słuchowego, wykazującego często objawy zaniku. *Moos i Böttcher* wskazali na pewne podobieństwo pomiędzy objawami zastoinowemi w błędniku (papilla basilar.) i nerwie słuchowym a tarczą zastoinową i obrzękiem pochewek nerwu ocznego w przypadkach ucisku wewnątrzczaszkowego na naczynia żylne ucha. *Habermann* przychodzi na podstawie własnych badań drobnowidowych do przekonania, że zaburzenia krążenia w naczyniach błędnika, zarówno pod postacią niedostatecznego dopływu krwi tętniczej, jak w większej jeszcze mierze pod postacią utrudnienia odpływu krwi żylnej i chłonki, sprowadzają liczne wynaczynienia krwi dookoła mniejszych gałązek naczyniowych. Z drugiej znów strony autor ten znajdował stale w tych wypadkach, obok nacieku zapalnego dookoła pojedyńczych włókienek nerwu słuchowego, zmiany degeneracyjne i zanikowe w ich obrębie, jak również w samych komórkach zwojowych ślimaka. Jako następstwo wzmożonego ciśnienia peri- i endolimfy, występowało często przemieszczenie względnie zniekształcenie błonki Reisnera i ściany błoniastej woreczka.

O ile opisy zmian w błędniku na tle wyżej przytoczonych zaburzeń krążenia należą po dziś dzień jeszcze do nielicznych w piśmiennictwie naukowem, to zmiany drobnowidowe w uchu wewnętrznem na tle zatorów powietrznych w przypadkach t. zw. choroby kesonowej u nurków i pracowników betonowych, przebywających przez czas dłuższy pod wysokiem ciśnieniem, były przedmiotem licznych badań klinicznych, anatomo-patologicznych i doświadczalnych. W chwili nagłej dekompresji, t. j. podczas przejścia ze środowiska o ciśnieniu wyższem do środowiska o ciśnieniu normalnem, występowały objawy ostrego podrażnienia błędnika pod postacią szumów, zawrotów głowy, znacznego niedosłuchu i zaburzeń równowagi, a często też nud-

ności, połączonej z wymiotami i omdleniem. Mechanizm powstawania tych objawów, jakoteż zmian anatomo-patologicznych w uchu wewnętrznem podali w roku 1893 *H. Schrötter i Alti-Panse* na podstawie własnych badań doświadczalnych na świnkach m., kotach i królikach. Zwierzęta te były poddawane ciśnieniu do 2 atmosfer w odpowiednio do tego celu sporządzonych kotłach (kesonach) z następczą szybką dekompresją, przyczem jedne z nich były odrazu zabijane i użyte do badań, inne znów dopiero po pewnym czasie. Wyniki tych badań dadzą się ująć w sposób następujący: W obrębie błony bębenkowej, często znacznie wciągniętej i sinawo zabarwionej wskutek zastoiny, widać wyraźne nastrzyknięcie wzdłuż rękojęści młoteczka oraz drobne punkcikowate wynaczynienia podnabłonkowe. Pęknięcie błony bębenkowej zdarza się w miejscach scieńczałych lub zbliznowaciałych, przeważnie w mbr. Schrapnelli. Błona słuchowa jamy bębenkowej wykazywała również zabarwienie sinawe, a miejscami także wynaczynienia z porozszerzanych naczyń krwionośnych, szczególnie w okolicy promontorium lub jako większe wylewy krwawe do bulla mastoid. Wybroczyny te, oprócz powyższych miejsc, występowały w większej ilości w uchu wewnętrznem jako następstwo nagłej dekompresji (trwającej niespełna 1 min.) i związanego z nią szybkiego uwolnienia się ze krwi pochłoniętego z powietrza azotu, który w tych warunkach nie może się całkowicie wydzielić przez płuca i tworzy banieczkowate zatory w naczyniach włosowatych, a w szczególności na błonach śluzowych górnych dróg oddechowych, w narządzie słuchowym oraz w mózgu i rdzeniu przedłużonym (*Hoppe-Seyler*, *Bert*). Zmiany w ośrodkach nerwowych, wywołane powyższem doświadczeniem, przedstawiają stosunkowo wielką rozmaitość.

Jeżeli zwrócimy uwagę na ośrodki nerwu słuchowego, które nas w danej chwili zajmują, to w jednych miejscach występuje wskutek zaczopowania gałązki tętniczej wyraźna niedokrwistość (ischaemia), w drugich znów spotykamy mniej lub więcej rozległe wybroczyny, wywołane częściowem przesączaniem się krwi przez zmienioną na tle stazy ścianę naczyń włosowatych, przeważnie zaś wskutek pęknięcia tych naczyń. W przypadkach podwyższonego ciśnienia powietrza do 4—5 atm. i następczej szybkiej dekompresji (w przeciągu $^1/_2$—1 m.) powyżsi autorowie otrzymywali, obok licznych drobnych wynaczynień w mózgu, miejscami wyraźne ogniska martwicze na tle uprzednich wylewów krwawych oraz zaburzeń krążenia.

Zmiany drobnowidowe, spotykane w uchu wewnętrznem, zależą również od wysokości ciśnienia i czasu trwania dekompresji. A mia-

nowicie, przy ciśnieniu powietrza od 4 atm. w górę i nagłej (od $^{1}/_{2}$—1 min. trwającej) dekompresji, występował u świnek morskich, królików i psów, obok licznych wybroczyn okołonaczyniowych na ścianie promontorium oraz bańce sutkowej, cały szereg wynaczynień oraz zaburzeń krążenia w obrębie art. cochlearis i vestibulo-cochlearis. Naczynia w modiolus w tym wypadku są przeważnie wypełnione silnie ciałkami krwi wskutek zastoju żylnego, a w niektórych miejscach otoczone są drobnemi wynaczynieniami. Z drugiej znów strony spotyka się na jednem i tem samem polu widzenia pojedyńcze drobniejsze gałązki tętnicze zupełnie puste, wskutek zatkania ich światła banieczkami uwolnionego ze krwi azotu. Wynaczynienia występują często w samym nerwie słuchowym, powodując jego oddzielenie się nieraz na dłuższej przestrzeni od ściany kanału kostnego. Natomiast w zwojach spiralnych wynaczynień nie zauważono.

Najczęstszem miejscem, w których spotykane były regularnie dość znaczne wybroczyny, jest boczna ściana scalae tympani. Rzadziej bez porównania krwawienia te obserwowane były w scala vestibuli, narządzie Cortiego, zwoju spiralnym oraz samym nerwie słuchowym. Kanały półkoliste wykazywały przy wysokiem ciśnieniu mniej lub więcej rozległe wylewy krwawe i to zarówno we wnętrzu kanałów błoniastych, jakoteż na zewnątrz ich w obrębie samej tylko rynienki kostnej. Przedsionek był zazwyczaj wolny od wynaczynień. *A. Bornstejn i Platte* zwrócili uwagę na tę okoliczność, że w naczyniach, przebiegających w modiolus oraz w ścianie kostnej błędnika, zatory powietrzne tworzą się o wiele łatwiej niż w innych gałązkach naczyniowych, a to z powodu znacznie zwolnionego prądu krwi w tych miejscach. Te to zatory stają się przyczyną ognisk zanikowych w samej ścianie kostnej błędnika. W ostatnich latach *Wanibuchi* starał się wykazać w doświadczeniach na zwierzętach pewne niedokładności wyżej podanych badań nad chorobą kesonową. Poddając zwierzęta wzmożonemu ciśnieniu w odpowiednio do tego celu sporządzonych kotłach, w których mógł ciśnienie powietrza dowolnie i szybko obniżać, autor ten otrzymywał następujące wyniki: W obrębie błony bębenkowej liczne drobne wynaczynienia pod warstwą skórną oraz pomiędzy pojedyńczemi włóknami łącznotkankowemi śluzówki ucha środkowego. Ta ostatnia wykazywała objawy rozlanego nieżytu. W następstwie zastoju krwi w uchu wewn. powstawały wynaczynienia w przestworach peri- i endolifmatycznych oraz zmiany zanikowe w komórkach podpórkowych narządu Cortiego. Wielkość i rozmieszczenie tych wynaczynień zależy w pierwszej linji od wysokości ciśnienia

i czasu trwania dekompresji. A mianowicie, im ciśnienie wtłaczanego powietrza, doprowadzone zwolna do 5-ciu atm., utrzymuje się dłużej na tej samej wysokości, czas zaś dekompresji trwa stosunkowo krótko (od ½—1 min.), tem zatory powietrzne są liczniejsze, a wybroczyny krwawe przeważają nietylko we wszystkich gałęziach naczyniowych ucha wewn., lecz znajdują się również w obfitej ilości na błonie śluzowej jamy bębenkowej. Objawy te mogą się znacznie potęgować przy powtórzeniu tego doświadczenia.

Chcąc się przekonać o słuszności wyników powyższych doświadczeń, jak również w celu ustalenia zależności natężenia zmian w uchu wewn. od uprzednio sztucznie wywołanego przebicia błony bębenk., a następnie porównania uzyskanych tą drogą obrazów drobnowidowych ze zmianami w błędniku i ślimaku na tle innego rodzaju zatorów naczyniowych (tłuszczowych) w uchu wewnętrznem, przeprowadziłem początkowo badania przy pomocy wstrzykiwań zawiesiny lycopodjum w rozczynie fizjol. NaCl., wzgl. delikatnej emulsji tłuszczowej do art. carotis int. i art. vertebr. u świnek mor., królików i psów. Powtarzane wielokrotnie próby, mimo przezwyciężenia trudności technicznych zabiegu, dały wynik ujemny. Na sekcji tych zwierząt znajdowałem zatory, wywołane powyższą zawiesiną wyłącznie tylko w większych gałązkach tętniczych na podstawie mózgu (arter. fossae Silvii et prof. cerebri). Tętnica zaś słuchowa wewn. zmian żadnych nie wykazywała.

To też zwróciłem się następnie do doświadczeń nad wytwarzaniem zatorów powietrznych u zwierząt, naśladując w ten sposób stany patologicznie, znane pod nazwą choroby kesonowej. Zwierzęta, których użyłem do moich badań, a mianowicie: psy, koty, króliki i świnki morskie, poddawałem ciśnieniu od 2—6,5 atm .w odpowiednio do tego celu sporządzonym kotle, w którym ciśnienie to można było w przeciągu bardzo krótkiego czasu (1 min.) obniżyć do normy. Doświadczenia te wykonałem w pracowni fizyki dośw. U.P. prof. Denizota i to na 10-ciu świnkach m. wagi od 230—256 g., 8-miu królikach (wagi 450—600 g.), 3-ch kotach (wagi 300—500 g.) i pięciu psach (wagi 450—750 g.). Ciśnienie powietrza wtłaczanego dużym kompresorem elektrycznym do szczelnie zamkniętego miedzianego kotła, w którym umieszczałem zwierzęta doświadczalne, wahało się w podanych granicach i po pewnym ściśle określonym czasie od 1—25-u min., mogło być w przeciągu ½—1-nej min. obniżone do normy. Zarówno zwiększenie ciśnienia, jakoteż czas dekompresji zmieniałem w poszczególnych doświadczeniach dowolnie, w celu ustalenia

zależności uzyskanych tą drogą zmian anatomicznych i klinicznych od powyższych czynników doświadczalnych. Nadto starałem się stwierdzić, czy przebicie błony bębenkowej, wywołane sztucznie, wpływa i to w jakim stopniu na natężenie przytoczonych zmian w uchu wewn. badanych przypadków. Materjał, pochodzący od zwierząt doświadczalnych, padłych wzgl. zabitych wkrótce po dokonaniu dekompresji, utrwalałem w płynie Zenkera z dodatkiem kwasu octowego, a następnie ostrożnie odwapniałem w 5% kwasie azotowym. Po przeprowadzeniu przez szereg alkoholi, zatapiałem kości te w celloidynie. Skrawki grubości 5—10-u barwiłem haematoksyliną i eozyną i sposobem Dominiciego. W barwieniu zaś na tigroid komórek zwoju ślimakowego, posługiwałem się metodą Boccardiego.

Wyniki moich doświadczeń dadzą się ująć w sposób następujący: W przypadkach, w których ciśnienie powietrza wzrastało szybko i dochodziło do 6-ciu atm., a następnie dość rychło w przeciągu niespełna minuty opadało do stanu prawidłowego, występowało wyraźne zwiotczenie błony bębenkowej oraz nastrzyknięcie naczyń i wybroczyny krwawe na całej jej powierzchni. Błona śluzowa ucha środkowego, wykazywała również liczne punkcikowate wybroczyny krwi i to zarówno w warstwach powierzchownych, jakoteż głębszych warstwach łącznotkankowego podścieliska. Kosteczki słuchowe ulegały w tych wypadkach częściowemu, wzgl. nawet zupełnemu wywichnięciu. Uwagi godnem jest zachowanie się strzemiączka, które we wszystkich badanych przypadkach wykazywało całkowite lub częściowe oderwanie się od okienka owalnego. Również błona bębenkowa okienka okrągłego była pęknięta wzgl. oddzielona na niewielkiej przestrzeni od ramy kostnej tegoż okienka. Obraz ten napotykałem stale u tych zwierząt, które były poddawane ciśnieniu od 4 atm. w górę i następnej szybkiej dekompresji, z wyjątkiem jednak tych przypadków, w których poprzednio zostało wykonane przebicie błony bębenkowej. Wówczas nawet wysokie ciśnienie i szybkie jego wyrównanie nie powodowało ani wywichnięcia strzemiączka, ani tem mniej przebicia okienka okrągłego, a wynaczynienia w uchu środkowem i wewnętrznem były naogół słabsze.

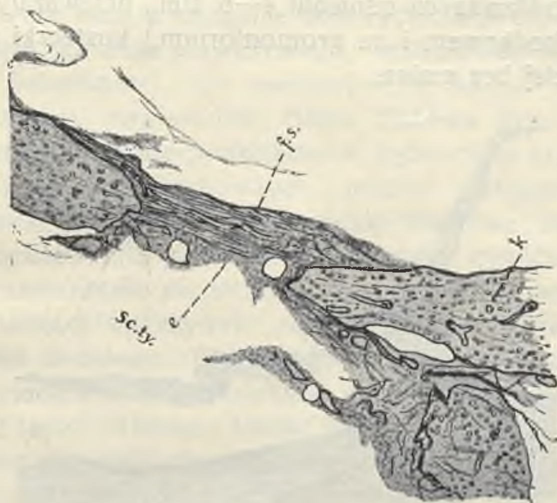
Co się zaś tyczy zmian drobnowidowych w uchu wewnętrznem badanych przypadków, to w ogólności przedstawiały się one jako mniej lub więcej rozległe wylewy krwawe, przesunięcia i przemieszczenia pewnych części błędnika względem siebie, wreszcie zmiany degeneracyjne w komórkach zmysłowych i zwoju spiralnym ślimaka. Natężenie tych zmian stało w prostym stosunku do wysokości wywię-

ranego ciśnienia, a w odwrotnym do czasu trwania dekompresji. Zależnie od tych dwóch czynników, a takze od gatunku i wagi zwierzęcia, użytego do doświadczeń, obraz zmian drobnowidowych w uchu wewnętrznem przedstawiał różne nasilenie. Najbardziej wrażliwym okazał się pies, następnie kot, królik, najmniej stosunkowo świnka morska. O ile bowiem u psów średniej wielkości, wagi od 450—600 g., przy użyciu ciśnienia 3—4 atm. i następnej szybkiej dekompresji, występowały odrazu silne drgawki, porażenie tylnych kończyn i śmierć po upływie już 15—20 min., to u królików i świnek mor. te same objawy otrzymywałem dopiero przy stosowaniu ciśnienia powyżej 6-ciu atm. i po znacznie dłuższym okresie czasu od chwili dokonanej dekompresji, w przybliżeniu po 2-ch godzinach. W związku z tem także zmiany drobnowidowe w narządzie słuchowym tych zwierząt wykazywały odmienny obraz. A mianowicie, u świnek morskich i królików poddawanych ciśnieniu 4—6 atm., przeważały wynaczynienia w uchu środkowem i na promontorium, kosteczki zaś słuchowe były najczęściej bez zmian.



Rys. I. Pies wagi 450 gr. poddany ciśnieniu 5 atm. Przekrój przez przedsionek i dolny zwój ślimaka *c. a.* crista ampulaz, *o* okostna, *e* wybroczyny krwi, *k* kość.

W uchu wewnętrznem spotykałem w tych wypadkach oderwanie się błonki Reissnera od jej brzegu zewnętrznego, jak również przemieszczenie komórek narządu Cortiego i to prawie wyłącznie w górnych zwojach ślimaka, dolne zaś były niezmienione i okazywały conajwyżej tylko zmętnienie komórek urzęsionych Retziusa oraz obrzmienie komórek podpórkowych. W komórkach zwoju spiralnego spotykałem bardzo wyraźną tigrolizę, która, jak się przekonałem, barwieniem sposobem Boccardiego występowała jako jedna z pierwszych zmian drobnowidowych w uchu wewnętrznem tych zwierząt nawet przy użyciu stosunkowo niskich ciśnień. Natomiast u psów i kotów (wagi ok. 450 kg.) już przy ciśnieniu 4—5 atm. zmiany w uchu środkowem i wewnętrznem przedstawiały naogół obraz ciężkiego uszkodzenia. Obok rozległych punkcikowatych wynaczynień na błonie bębenkowej oraz w uchu środkowem obejmujących miej-



Rys. II. Pies wagi 450 gr. Przekrój przez okienko okrągłe ślimaka *f. s.* błona spr. okienka okrągłego, *e* wybroczyny krwi, *k* kość.

scami głębsze warstwy śluzówki i okolicę podokostnową, spotykałem w tych przypadkach częściowe wywichnięcie podstawy strzemiączka oraz pęknięcie błony okienka okrągłego. Ponadto w tych razach zdarzały się większe krwotoki w obrębie scala tympani, w przylegających częściach łagiewki oraz w bańkowatych rozszerzeniach kanałów półkolistych. Na załączonym rysunku I, pochodzącym z ucha wewnętrznego psa wagi 450 g. poddanego ciśnienia 5 atm.

i następczej szybkiej dekompresji, widzimy w przedsionku przemieszczenie wyściółki wewnętrznej łagiewki oraz wyściółki bańkowatego rozszerzenia przedniego łuku, wywołane krwotokiem z drobnych gałązek naczyniowych. Podobny obraz widzimy po zewnętrznej stronie ścianki kostnej błędnika, gdzie okostna została oddzielona na większej przestrzeni wylewem krwawym pochodzącym z naczyń podokostnowych. Rysunek II-gi przedstawia zmiany w okolicy okienka okrągłego ślimaka. W tym wypadku obok licznych wynaczynień podokostnowych w najbliższem jego sąsiedztwie widzimy oderwanie się błony bębenkowej tegoż okienka w miejscu odpowiadającem jego ramie kostnej. Pomiędzy pojedyńczemi włókienkami tkanki łącznej, wchodzącej w skład tejże błony, spotykamy drobne wynaczynienia z porozszerzanych naczyń krwionośnych. Powyższe zmiany dały się wykazać we wszystkich tych przypadkach, w których ciśnienie było wyższe ponad 3 atm. i utrzymywało się przez czas dłuższy (20—30 min.) na tej samej wysokości. A jeżeli w tych razach wyrównanie ciśnienia (dekompresja) przebiegało jeszcze dość szybko w przeciągu niespełna 1 min., to wówczas wylewy krwawe na błonie śluzowej ucha środkowego i w uchu wewnętrznem były tak znaczne, że wobec nich wszystkie inne zmiany drobnowidowe schodziły na 2-gi plan. W powyższym artykule przedstawiłem dwojakiego rodzaju zmiany drobnowidowe w uchu wewnętrznem i środkowem zwierząt doświadczalnych. Jedne z nich należy uważać,jako następstwo wynaczynienia krwi z naczyń krwionośnych błędnika, którego gałązki zostały zaczopowane banieczkami uwolnionego ze krwi azotu. Drugie zaś powstały prawdopodobnie wskutek nagłego wzmożenia się ciśnienia powietrza zawartego w jamie bębenkowej. Prócz tego wchodzi tu w grę jeszcze dość znaczne powiększenie ciśnienia cieczy śródbłędnikowej, będące być może dalszem następstwem opisanych zatorów naczyniowych. Jako skutek zwiększenia ciśnienia endolimfy należy, mojem zdaniem uważać pęknięcie błony okienka okrągłego, przemieszczenie względnie uszkodzenie części składowych narządu Cortiego i komórek zmysłowych w przedsionku.



Rys. III. Grupa komórek ze zwoju spiralnego Cortiego, wykazująca wyraźną tigrolizę, barw. met. Boccardiego. Królik VIII. poddany ciśnieniu 4 atm. i powolnej 15 min. trwającej dekompresji. Leitz obj. 7.

Piśmiennictwo:

1). Alt, Heller, Mayer, Schroetter: Pathologie d. Luftdruckerkgen d. Gehörorgans. Mon. f. Ohrhde u. Lar. rhinolog. 1897. 2). A. Bornstein: Physiologie u. Pathologie d. Lebens in verdichteter Luft Berl. klin. Wochenschr. 914. nr. 20. 3). Hermann: Uber Caissonkrankheit Volkmanns Sammlungen 1902/334. 4). Panse: Patholog. Anatomie d. Gehororg. 904. 5) v. Schroetter: Luftdruckerkrankungen Wien 1900 (Holder). 6). v. Schroetter: Prophylaxe d. Luftdruckerkrankungen Hirschwald 1906. 7). v. Schroetter: Pathogenese d. Taucherlähmung. Verh. d. Deutschen patholog. Ges. Bres. 8). v. Schroetter. Verzeichniss d. Literatur uber Caisson u. Taucherkrankh. 904. 9). Thost: Die Caissonerkrankgen beim Bau d. hamburger Elbtunnels A. f. Ohen Nas. Kehllkrankh. C. VIII. H. 10). Wanibuchi G.: Experimentelle Studien über die Schädigung d. Gehörorgane bei der Kaissonkrankheit (Zeitrszhr. f. Oto-rhinolaryngologie 924.13.XXX).

Z kliniki oto-laryngologicznej U. P.

Przypadek ropnia Citelliego, powikłany przebiciem ściany zatoki esowatej.

Podał Doc. Dr. A. LASKIEWICZ.

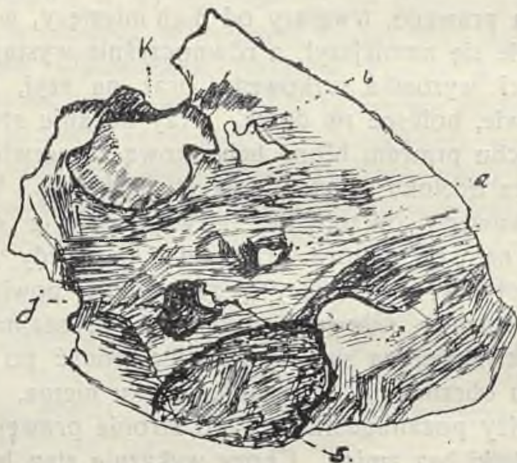
Z pośród ostrych zapaleń wyrostka sutkowego znane są nieliczne tylko postacie, w których można z całą dokładnością sprecyzować główne ognisko ropienia w tej czy innej grupie komórek sutkowych. Caly szereg autorów (*Mouret*, *Wittmaack*, *Krainz*, *Alexander*, *Kretchmann*, *Schoenemann*, *Weidenreich*, *Kutepow*, *Turner*, *Wagner*, *Portmann*) starał się już od dawna wprowadzić tu pewien podział, oparty z jednej strony na budowie anatomicznej wyrostka sutkowego, z drugiej znów strony na obrazach, spotykanych podczas operacji. Niektóre z tych podziałów, np. mastoiditis posterior czy postero-inferior, mają raczej tylko znaczenie teoretyczne, nie dając zresztą żadnych wskazówek ani co do przebiegu klinicznego samego procesu zapalnego w wyrostku sutkowym, ani tem mniej co do postępowania operacyjnego w danym przypadku. Wyjątek stanowi obok postaci bezoldowskiej, postać opisana w r. 1901 przez *Citelliego*, jest to t. zw. mastoiditis (cellulitis) postero-superior, w której spotykamy zajęcie komórek w tylno-górnym odcinku wyrostka sutkowego, leżących oddzielnie, a odgraniczonych pozornie tylko zdrową warstwą kostną od antrum i innych komórek sutkowych.

W przebiegu tej cellulitis postero-super. może nawet powstać ropień, który drąży w kierunku tylnego dołu czaszkowego, dając ropień zewnątrz oponowy móżdżku lub ropne zapalenie okołozatokowe.

Ropa, nagromadzona w tych właśnie miejscach, przedostaje się najczęściej przez otwory naturalne, już istniejące, które łączą wnętrze czaszki z jej powierzchnią zewnętrzną. Jest to emissarium mastoideum, sutura temporo- czy mastoideo-occipitalis, foramen parastylomastoideum, dając w ten sposób powikłania w postaci ropnego zapalenia pomiędzy mięśniami głębokiemi szyi. Ropień, wytwarzający się w tych miejscach, daje obraz zupełnie podobny do mastoiditis Bezoldi do tego stopnia, iż dopiero podczas zabiegu operacyjnego można obie te postacie od siebie odróżnić. Ropień Citelliego jest więc pierwotnie ropniem zewnątrz-oponowym i okołozatokowym tylnym wzgl. opuszkowym, z którego dopiero następnie powstaje głęboki ropień szyjny drogą połączeń przez wyżej wspomniane otwory. Nierzadko też zdarza się, że ropień zewnątrz-oponowy może przez czas dłuższy przebiegać skrycie, nie dając prawie żadnych objawów klinicznych, wzgl. objawy te mogą być zatarte przez jednocześnie rozgrywający się ostry proces zapalny w samym wyrostku sutkowym. Wówczas to zdarzyć się może, że dopiero podczas zabiegu operacyjnego odkrywa się niespodziewanie ropę pod oponą lub około zatoki esowatej, bez uprzednich wyraźnych oznak przedmiotowych, zanim jeszcze proces ten przejdzie na zewnątrz czaszki pod powięź mięśni głębokich szyi.

Przypadek nasz dotyczył mężczyzny T. F., lat 51, przywiezionego już w stanie bardzo ciężkim do kliniki. W wywiadach podano, iż wyciek z ucha prawego, trwający od 3-ch miesięcy, w ostatnich 10-u dniach znacznie się zmniejszył, a równocześnie wystąpiło obrzmienie w dolnej części wyrostka sutkowego oraz na szyi, w jego najbliższem sąsiedstwie, bolesne na dotyk. Przy badaniu stwierdziłem otoskopowo w uchu prawem błonę bębenkową zaczerwienioną, okazującą w dolnym odcinku ubytek pokryty ziarniną. W dolnej części wyrostka sutkowego obrzmienie, zlewające się z dość znacznem obrzmieniem na szyi, które przechodzi w twardy spoisty naciek w kierunku potylicy, wykazujący na zewnętrznej powierzchni skórnej żywe zaczerwienienie. Głowa z trudnością poruszalna; przy ruchach oraz na dotyk stwierdza się wyraźną bolesność po stronie prawej szyi w miejscu obrzmienia. Sztywności karku niema. Boczna ściana gardła w okolicy pozamigdałkowej po stronie prawej wyraźnie wypuklona. Migdałki bez zmian. Chory wykazuje stan lekkiego zamroczenia, chwilami odzyskuje całkowitą przytomność. Badanie stroikowe, jakkolwiek ilościowo niepewne, przemawia przecież za przeszkodą w aparacie przewodzącym. Oczopląs spontaniczny w położeniu krańcowem. Romberg w stronę prawą. Ciepłota 39^0. T. 108 słabo napięte.

W uśpieniu eterowem wykonano wydłutowanie wyrostka sutkowego. Warstwa górna kości bardzo twarda. Antrum wąskie w głębi ziarnina i ropa. W miarę posuwania się ku tyłowi, wydobywa się ropa pod ciśnieniem, jak można się było przekonać, z okolicy zatoki esowatej. Sama ściana zatoki bez zmian. W chwili, kiedy się starałem korncangą przedostać na tępo poza wydłutowaną część wyrostka sutkowego, w okolicę ropnia szyjno-potylicznego wystąpił tak silny krwotok żylny, że musiałem natychmiast przystąpić do tamponady zatoki esowatej od dołu i podwiązania żyły jarzmowej na szyi. Krwotok ten, jak się przekonałem, pochodził z przetoki kostnej ok. 6 mm. średnicy, znajdującej się w miejscu szwa sutkowopotylicznego pod powięzią głębokich mięśni szyi, która drążyła do zatoki esowatej. Dookoła brzegów tej przetoki, ściany zatoki esowatej były silnie zrośnięte z kością na przestrzeni 5—6 mm. Druga, nieco większa, przetoka kostna znajdowała się już w obrębie trzona kości potylicznej, tuż przed jej kłykciem, w odległości 28 mm. od poprzedniej przetoki, przez którą wydzielina ropna z okolicy podoponowej móżdżku komunikowała się z ropniem głębokim szyi i karku. Po opanowaniu krwotoku z wyżej przytoczonego miejsca, opróżniono ropień szyjny (o pojemności około 50 c^3 gęstej cuchnącej ropy), sięgający na jakie 4—5 cm wgłąb szyi oraz ku tyłowi od szczytu wyrostka sutkowego. Wyrostek ten w całości oddłutowano.



Trzon kości potylicznej widziany od dołu, *k.* **kłukieć potyliczny prawy,** *k.* **wytrepanowana okolica wzr. suta,** *j.* **opuszka żyły jarzmowej,** *a.* **miejsce przebicie do zatoki czar.,** *b.* **przetoka drążąca w okolicę podoponową.**

Ku końcowi zabiegu tętno chorego nagle się pogorszyło, zastosowano więc cardiaca dożylnie i domięśniowo. Mimo to jednak chory zmarł w krótkim czasie po operacji. Badanie pośmiertne wykazało: Incisiones cutis reg. proc. mastoidei et colli. Resectio proc. mastoid. Perforatio sinus sigmoidei. Arrosiones regionis processus mastoidei subsequente destructione ossis petrosi et perforationes reg. sinus sigm. Phlegmona colli lateralis retro sterno cleidomastoid. degeneratio parenchym. musc. cordis majore gradu. Degeneratio parenchymatosa hepatis renumque. Adhaesiones pleurae sin. Gastritis chr. hyperplastica.

W powyższym przypadku chodziło więc o ropień Citelliego, pochodzenia okołozatokowego i podoponowego, który wywołał następnie przebicie ściany zatoki esowatej. Ze względu na rzadkość tego powikłania, stanowi przypadek ten jeden z nielicznych przyczynków do kazuistyki ropni Citelliego, opisywanych w piśmiennictwie naukowem przez *Calamidę*, *Leidlera*, *Calicetiego*, *Carco*, *Urbantschitsch*, *Erdelyego i Reinerta*.

Przypadek ropnia mózgowego pochodzenia usznego.

Podał Dr. S. LEWANDE,
ordynator miejskiego szpitala św. Jakóba. Wilno.

Rozpoznanie nowotworów oraz ropni mózgowych należy do najciekawszych a zarazem najtrudniejszych zagadnień, które musi rozwiązać lekarz przy łóżku chorego. Pomimo metód badania, które przyniosła najnowsza roentgenologja, oraz tak często teraz używanych nakłuć mózgu, nawet dzisiaj Heymann przyznaje, że w 10—11% wyniki jego i Kassirera były błędne. W ostatnim swoim artykule: „Die Hirnpunktion und ihre Gefahren" (Nervenarzt Nr. 1 — 1928) Heymann znowu radzi opierać się na uważnem i wszechstronnem badaniu i obserwacji klinicznej chorego, co ojców neurologji kiedyś myliło nie więcej, niż dziś.

Ilustracją tego może służyć następujący przypadek z praktyki lekarskiej:

29.III—1928. Chora M., 23 lat, przywieziona ze szpitala zakaźnego, gdzie była umieszczona wskutek mylnego rozpoznania, w stanie napół przytomnym. T⁰ 37,6. Tętno — marne, 66 na 1'; krzyczy z powodu bólów głowy. Przy badaniu wykryto, że chora nie odrazu

odpowiada na zadawane jej pytania, utrudniając tem ustalenie anamnezy. T⁰ 35.4. Tętno 52 — 60, miarowe; sztywności karku, jak również objawu Kerniga nie wykryto. Źrenice równe i oddziałują dobrze na światło i akkomodację. Opukiwanie głowy, na które chora silnie reaguje, nie daje jednak możności ustalenia punktów bardziej bolesnych. Narządy wewnętrzne bez zmian. W lewem uchu — znaczna ilość ropy cuchnącej; błona bębenkowa w znacznej mierze zniszczona; ubytek sięga górno - tylnego brzegu kostnego, z pod którego dają się zauważyć masy perlakowe na przedgórzu błona śluzowa pokryta jest ziarniną. W prawem uchu ropa mniej cuchnąca; ubytek błony bębenkowej duży, sięga brzegu kostnego przy zachowaniu i przyrośnięciu młoteczka. Oczopląsu niema; mowę chora słyszy stosunkowo dobrze.

30.III t⁰ 36,7. P. 60. Zrenice równe i reagują dobrze. Odruchów Kerniga i Babińskiego niema, również jak i sztywności karku.

Wykonane nakłucie kanału mózgowo-rdzieniowego dało 10—12 cent. przezroczystego płynu przy stosunkowo niedużem napięciu. Badanie płynu dało następujące wyniki: odczyn Wassermanna — ujemny; odczyn Sachs-Georgi — ujemny. Roentgenofotografja głowy nie dała żadnych wyników.

31.III t⁰ 36,5 37,2. Tętno—60 Chora senna. Z wyników badania i obserwacji chorej można było wnioskować, że mamy do czynienia nie z zapaleniem opon mózgowych, ale raczej z ropniem mózgu, którego umiejscowienie było celem dalszego badania. 1.IV t⁰ 36,6. Tętno — 66, słabo napięte. Chora dużo śpi. Była zbadana przy łaskawem udziale p. d-ra Falkowskiego. Chora przytomna, ale myśli z trudnością, odpowiada po pauzie. Nie może wypowiedzieć swego nazwiska, nie może określić miejsca pobytu. Sztywności karku i Kerniga nie wykryto, zato poraz pierwszy występuje słabo dodatni odruch *Babińskiego* na *prawej* stopie. Opukiwanie głowy po stronie lewej dało ***raz jeden większą reakcję*** u chorej. Objawy te skłoniły mnie do przypuszczenia ropnia mózgowego ***po stronie lewej***.

2.IV t⁰ 36,5. Tętno — 48—52. Kał i mocz oddaje pod siebie. Prócz imienia własnego nic sobie więcej nie może przypomnieć. W uśpieniu eterowem dokonany został zabieg doszczętny na uchu lewem. Kość wyrostka — zbita z zupełnym zanikiem komórek. W jamie usznej dużo ziarniny. W tegmen antri wykryty został defekt, wobec czego obnażona została opona twarda w okolicy tegmen tympani et antri oraz ku górze i ku tyłowi. Zrobione nakłucie wykryło ropę w mózgu w głębokości koło 3 ctm. Ropień został otwo-

rzony; wylało się do $2^1/_2$ łyżeczek cuchnącej ropy, posiew której dał czystą hodowlę gronkowca białego Gram —, ilość ciałek białych 44. Ropa była zielonawego zabarwienia. Po wprowadzeniu drenu gumowego nałożono opatrunek.

3.IV. Chora przez całą dobę była niespokojna, stękała. Urynuje pod siebie.

Opatrunek przemoknięty Zmieniono powierzchowne warstwy; dren znaleziono zatkany skrzepem. Po rozluznieniu i ostrożnem wypłukaniu rozczynem fizjologicznym, wydobyto trochę ropy. Chora odpowiada na pozdrowienie oraz na niektóre pytania. T^0 37,3. P.66.

4.IV. Wystąpił niedowład obu prawych konczyn. Stan psychiczny mało się zmienił. T^0 36,2 — 36,9. P. 72 — 78. Dren znów zatknięty skrzepami, po usunięciu których wylała się znaczna ilość ropy.

5.IV. T^0 37,5. Stopniowo powraca do przytomności: poznała d-ra Falkowskiego; pyta, dlaczego nie rusza prawą nogą. Opatrunek. Wieczorem pytała, dlaczego brat nie przychodził. Tegoż dnia o godzinie 21-ej nagle nastąpił zgon.

Sekcja, wykonana przez p. Prof. Siengalewicza, wykazała: trepanatio cranii in regione ossis temporalis sinistra. Abscessus cerebri in regione corporis striati et capsulae internae sinistrae.

Oedema cerebri et hyperaemia.

Wracając do historji choroby, widzimy, że istotę choroby oraz jej umiejscowienie udało się wykryć jedynie przy pomocy obserwacji i badania chorej bez zastosowania najnowszych rentgenologicznych metod badania (Encephalographia, zdjęcia kontrastowe stereoskopiczne), co, nawiasem mówiąc, jest dotychczas dla nas niedostępne.

Należy także zauważyć, że prof. Fedor Krause, a również i A. Simons, uważają za dozwolone zastosowanie mechanicznych metod badań mózgu jedynie w wypadkach, kiedy kliniczna obserwacja nie dała możności ustalenia umiejscowienia sprawy.

Pooperacyjny przebieg choroby i śmierć chorej mogą wywołać następujące refleksje:

Jeżeli opróżnienie ropnia mózgowego nastąpiło niezbyt późno, to tkanki mózgowe, uwolnione od wpływów na nie toksyn i zwiększonego ciśnienia, przychodzą zwolna do równowagi i obok bliznowacenia jednocześnie idzie regeneracja włókien, wytwarzają się nowe drogi kojące i w taki sposób następuje zupełne wyzdrowienie.

W tym zaś wypadku, zwiększający się wciąż obrzęk mózgu wywołał w 2 dni porażenie kończyn prawej połowy ciała, a w dwa dni

później nastąpił zgon, wywołany prawdobodobnie porażeniem ośrodka oddechowego.

Nie mogę jednak uwolnić się od potrzeby postawienia następującego pytania: jeżeli jednorazowe nakłucie mózgu jest w stanie wywołać obrzęk jego, wiodący nieraz do ciężkich wstrząśnień i nawet śmierci (Heymann i Feder Krause — Nervenarzt Nr. Nr. 1, 4—1928), to dla czego nasze manipulacje z mózgiem, już osłabionym chorobą i ledwie zachowującym równowagę, a mianowicie: punkcja, cięcie, wprowadzenie drenu oraz oczyszczanie go, nie mogą wywołać porażenia naczyń i, jako skutek, obrzęku mózgu? Być może odgrywa tu rolę pewna małowartościowość ustroju, gdyż w analogicznych przypadkach otrzymywaliśmy wyzdrowienie.

I chociaż dziś jeszcze nie mamy lepszych metod leczenia ropni mózgowych, należy się zastanowić nad tem zagadnieniem.

Z kliniki oto-laryng. Uniw. Poznańskiego.

O ciałach obcych w krtani.

Podał Doc. Dr A. LASKIEWICZ.

Przedostawaniu się ciał obcych, leżących wolno w jamie ustnej, do krtani i tchawicy ułatwia prąd powietrza oddechowego, który porywa je najczęściej na szczycie głębokiego wdechu, obniżając równocześnie czynność ochronną krtani. Z drugiej znów strony ciała obce jakoto: pestki, ości, lub małe kosteczki, zawarte w pokarmach, mogą niekiedy podczas krzyku, śmiechu lub płaczu przy jedzeniu przedostać się wprost do krtani. Również opisane są przypadki, gdzie z powodu zmniejszonej wrażliwości krtani w histerji, epilepsji, chorobach umysłowych, upojeniu alkoholowem, lub zamroczeniu środkami nasennemi, części pokarmowe, względnie ciała obce, w nich zawarte, wpadały podczas aktu połykowego do krtani. W rzadszych bez porównania przypadkach opisywano w tych stanach zmniejszonej wrażliwości gardła i krtani przedostawanie się ciał obcych połkniętych od strony przełyku podczas gwałtownych ruchów wymiotnych do krtani i tchawicy, jak to miało miejsce w przypadku opisanym przez Kompanejetza. O ile ciała obce okrągłe i gładkie zazwyczaj mijają krtań i wpadają odrazu do tchawicy, to ciała obce ostre, jakoto: szpilki, gwoździki, ości, kostki ostre, lub kawałki protez szczękowych mogą się z łatwością wbić w ścianę krtani. Oprócz tego znane

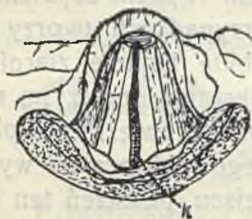
są przypadki ciał obcych zalegających w sin. pirif. lub wbitych w boczną ścianę gardła, które drugim swym końcem mogą równocześnie wbić się w ścianę krtani. Przypadki te cechują się silną bolesnością poczas połykania, promieniującą często do ucha. Początkowe objawy gwałtowne w postaci suchego kaszlu, połączonego z krwiopluciem, utrudnieniem oddychania, uczuciem duszności, bólu przy połykaniu, przechodzą niekiedy dość szybko, a nawet opisane są przypadki przez Schroettera, Gorisa Kompanejetza, Sercera i Trembickiego, gdzie kawałki protez szczękowych oraz kości płaskich zaklinowane w osi długiej krtani nie sprawiały poza kaszlem, chrypką i uczuciem zawadzania żadnych dolegliwości oddechowych.

Obraz kliniczny uwięźnięcia ciała obcego w krtani jest więc w pierwszym rzędzie zależny od jego kształtu, wielkości a następnie od sposobu ułożenia się w świetle krtani. Ciała obce, wbite w ścianę krtani, powodują zazwyczaj odczyn miejscowy w postaci zaczerwienienia i obrzęku, połączonego niekiedy z podśluzowem ropnem zapaleniem ochrzęstnej chrząstek krtani. W niektórych przypadkach tworzy się w miejscu zalegania ciała obcego w krtani obfite bujanie ziarniny, która z biegiem czasu może się stać niejednokrotnie przyczyną niedrożności krtani. L. v. Schrötter opisał przypadek uwięznięcia pierścienia chrzęstnego z tchawicy gęsi u 28-letniego chłopca na wysokości więzadeł rzekomych, w którym to miejscu pierścień ten był nieomal w całości obrośnięty ziarniną, zwężającą znacznie światło krtani. Takiż sam przypadek spostrzegał Philippides u chłopca 18-toletniego, u którego kawałek skorupy z odnóży przednich homara, uwięźnięty pomiędzy strunami głosowemi spowodował również obfite bujanie ziarniny. Co się wreszcie tyczy czasu zalegania ciała obcego w krtani, to znane są przypadki, gdzie ciała obce tkwiły w jej wnętrzu niekiedy całe lata, nie sprawiając prawie żadnych objawów podmiotowych. Rabenal opisał przypadek, w którym igła tkwiła 33 lata w krtani, nie sprawiając choremu prawie żadnych dolegliwości. Podobnie też w przypadku Schröttera odłamek protezy szczękowej, wbity poniżej strun głosowych, nie powodował prawie żadnych objawów miejscowych i podmiotowych i został dopiero przy laryngoskopji rozpoznany.

W przypadku Kompanejetza kawałek protezy szczękowej zalegał w głośni oraz okolicy podgłośniowej przez 28 dni nie wywołując zmian odleżynowych na błonie śluzowej krtani. U dzieci spotykano ciała obce w krtani stosunkowo rzadko. Neumayer opisał przypadek 6-cio letniego dziecka, u którego kawałek drzazgi był wbity

w tylną ścianę krtani. Jurasz, Cauzard, Johnson, Bergouin, Gottstein Erdelyi, Imperatori i Markondes—kawałki łupiny z orzecha i jaj oraz małe kosteczki, uwięznięte w aditus u dzieci $1^{1}/_{2}$, 5-cio i 7-mio letnich.

Z 7-miu spostrzeganych i operowanych przeze mnie przypadków ciał obcych w krtani, chodziło w 3-ch o kawałki kości (2 przypadki u dzieci pomiędzy strunami oraz w okolicy podgłośniowej, 1 przypadek u osoby starszej), uwięznięte w krtani, w 2-ch przypadkach szpilki wbite w ścianę krtani, wreszcie jeden przypadek ości rybiej, tkwiący w tylnej ścianie krtani. Przypadek 1-szy dotyczył kobiety A. B. lat 42, która zwróciła się do naszej kliniki z powodu chrypki i uczucia zawadzania w gardle, trwającego, według jej słów, od 11-tu tygodni. Z wywiadów dowiedziałem się, że w tym właśnie czasie chora miała zachłysnąć się kawałkiem kości ze skrzydełka gęsi, nagle podczas głośnej rozmowy przy jedzeniu. Początkowe objawy gwałtowne, w postaci napadów kurczowego kaszlu, ustąpiły szybko, a tylko chrypka, nieznaczny ból przy połykaniu i uczucie zawadzania w gardle utrzymywały się przez cały czas aż do chwili zgłoszenia się chorej do kliniki. Badanie laryngoskopowe wykazało wówczas: lekki obrzęk obu chrząstek nalewkowych przy zupełnie niezmienionej ich ruchomości. W aditus widać kostkę ułożoną dokładnie w płaszczyźnie strzałkowej krtani (rys. 1) w ten sposób, iż jeden koniec jej dłuższego ramienia był wbity w tylną ścianę krtani, a 2-gi przylegał silnie w miejscu przedniego spoju więzadłowego pomiędzy strunami głosowemi, powodnjąc tamże nieznaczne bujanie ziarniny. Dolne ramię tej kości sięgało w okolicę podgłośniową. We wnętrzu krtani oprócz zaczerwienienia błony śluzowej, strun głosowych, niewielkich granulacyj w okolicy przedniego spoidła więzowego, oraz zalegania obfitej ilości śluzu, żadnych innych zmian dostrzec nie mogłem. W znieczuleniu miejscowem kość tę schwyciłem sztancą Schroettera, jak się mogłem przekonać, dość silnie w powyższych miejscach wbitą, tak że dopiero ruchem wyważającym zdołałem ją wydostać nazewnątrz. Długość ramienia poprzecznego tej kości wynosi 23 mm, szerokość 6 mm, grubość 1,5 mm, długość zaś ramienia dolnego 18 mm, szerokość górnej części tegoż ramienia wynosi również 6 mm. Po usunięciu tej kości poza małym ubytkiem na



Kobieta A. B. l. 42.
Kość w krtani.

tylnej ścianie oraz wspomnianą ziarniną w okolicy przedniego spoidła więzowego żadnych zresztą zmian stwierdzić nie zdołałem, pomimo, iż kość ta zalegała przez przeszło 11 tygodni w krtani. Ruchomość strun głosowych była w zupełności zachowana.

W drugim przypadku miało miejsce uwięznięcie małej kostki ze skrzydełka kury w okolicy podgłośniowej wskutek zachłysnięcia się podczas jedzenia u dziecka $2^1/_2$ letniego H. S. Bezpośrednio po wypadku wystąpiła silna duszność tak iż trzeba było natychmiast zrobić rozcięcie tchawicy a wobec początkowego podejrzenia na ciało obce w tchawicy względnie głównem oskrzelu (głos bowiem był czysty) poddano najpierw te części dolnych dróg oddechowych tracheoskopji. Powyższe badanie dało wynik ujemny to też niezwłocznie przeglądnąłem okolicę podgłośniową tracheoskopem od strony przetoki tchawicznej. Tu dopiero natrafiłem na właściwą przyczynę zwężenia, była nią mała kosteczka długości 13 cm., szerokości 5 cm. ułożona w wymiarze skośnym w tej części krtani. Przy pomocy sztancy kość tę z łatwością usunąłem jednak z powodu obrzęku podgłośniowego zmuszony byłem pozostawić kaniulę tchawicy do dnia następnego. Po dekaniulacji oddech był zupełnie swobodny a dziecko powróciło w krótkim czasie do zdrowia.



1.

1. Dziecko $2^1/_2$ l. H. S. Kostka 13 × 5 cm. w regio subl. wielkość naturalna.

W 3-cim przypadku chodziło o dziecko, 11-to miesięczne, które zachłysnęło się również kawałkiem kości 12 mm. długości, 6 mm. szerokości, znajdującem się przez nieuwagę w rosole, które dziecku podano. Z wywiadów, dowiedziałem się że bezpośrednio po zachłysnięciu miała wystąpić silna duszność oraz suchy kurczowy kaszel i chrypka. Wobec tego wykonano niezwłocznie tracheotomię dolną i z tem przysłano dziecko to do naszej kliniki w 12-cie dni po wypadku. Badanie wykazało: Budowa wątła, odżywianie mierne. Liczne wilgotne rzężenia na całej klatce piersciowej, przy kaszlu wydobywa się przez otwór tracheotomijny obfita sluzowo-ropna plwocina. T.37·6. Badanie direktoskopem Hasslingera wykazało kostkę ułożoną w wymiarze podłużnym pomiędzy strunami głosowemi oraz nieco skośnie ku dołowi. Błona śluzowa wejścia znacznie obrzękła, pokryta obfitą śluzowo-ropną wydzieliną. Przy pomocy adrenaliny obrzęk ten czę-



2.

2. Dziecko 11 m. M. B. Kostka 13 × 6 cm. w krtani.

ściowo się cofnął, a temsamem zarysy ciala obcego w krtani stały się wyraźniejsze, to też mogłem swobodnie kość tę uchwycić sztancą i wydostać nazewnątrz. Następnego dnia kaniulę usunięto, a oddech górą stał się już zupełnie swobodny. Z powodu trwającego jeszcze nieżytu oskrzeli dziecko to przekazano na oddział wewnętrzny szpitala św. Józefa celem dalszego leczenia.

Czwarty z kolei przypadek ciała obcego w krtani dotyczył dziewczynki lat $2^{1}/_{2}$ V. L., która zachłysnęła się kawałkiem łupiny z orzecha laskowego dług.-szer. 15 × 6 mm., trzymanym w ustach. Wystąpiła wówczas silna duszność połączona z suchym kurczowym kaszlem i sinicą. Bezpośrednio po wypadku przywieziono dziecko to do szpitala św. Józefa, gdzie w uśpieniu eterowem wprowadziłem przyrząd Haslingera do krtani. Przy badaniu direktoskopowem stwierdziłem łupinę z orzecha laskowego uwięzniętą w wymiarze podłużnym pomiędzy strunami głosowemi oraz w okolicy podgłośniowej. Po ujęciu ciała obcego sztańcą przekonałem się iż jest ono dość silnie zaklinowane w wyżej podanych miejscach to też musiałem wpierw wykonać kilka ruchów półobrotowych (wyważających), zanim udało mi się je z krtani uwolnić i wydostać nazewnątrz.

Przypadek 5-ty jest o tyle godny uwagi, że, jak to wykazuje zdjęcie stereokamerą Hegener Zeissa, odłamany kawałek igły dentystycznej długości 18 mm. wpadł u osoby 23 letniej H. St. podczas zabiegu wyjęcia nerwu do gardła i wbił się ostrym końcem w tylną część fałdu nalewkowo nagłośniowego lewego tuż przed samą



H. Sł. I. 23. Igła dentystyczna wbita w tylną część zakładki nalewkowo-nadgłosniowej lewej. Zdjęcie Stereokam. Hegener-Zeissa.

chrząstką nalewkową lewą. Drugi zaś koniec utkwił na tej samej wysokości w bocznej ścianie gardła. Silny ból przy połykaniu promieniujący do ucha lewego oraz obrzęk fałdu nalewkowo-nagłośniowego po tejże stronie. W znieczuleniu miejscowem igłę tę usunięto sztancą krtaniową.

W 6-tym przypadku chodziło o kobietę lat 55 M. H. u której szpilka z małą główką metalową długości 24 mm., trzymana w zębach wpadła nagle podczas głębokiego wdechu do krtani i wbiła się w więzadło wrzekome prawe mniej więcej w połowie jego długości. Chora zgłosiła się bezpośrednio po wypadku do naszej kliniki, skarżąc się na ból przy połykaniu, ogólny niepokój i związany z nim lęk przy oddechu głębszym. Przy laryngoskopji stwierdziłem szpilkę wbitą w więzadło wrzekome prawe w wyżej podanem miejscu, bez żadnego odczynu na śluzowe krtani. Igłę tę usunąłem kleszczykami krtaniowemi.

Ostatni wreszcie przypadek dotyczył mężczyzny lat 40 K. T. u którego ość z ryby długości 17 mm. przedostała się podczas aktu połykowego do wejścia krtaniowego i utkwiła we fałdzie międzynalewkowym. Wystąpił wówczas silny ból przy połykaniu oraz napadowy suchy kaszel połączony z obfitem wydzielaniem plwociny. Chory zgłosił się wkrótce po tem do naszej kliniki, gdzie ość tę z łatwością na drodze endolaryngealnej usunięto.

Z Kliniki Otolaryngologicznej Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie.
Kierownik Prof. *J. Szmurło.*

Kiła ucha.

Podał dr. m. TADEUSZ WĄSOWSKI, st. asystent Kliniki.

(Ciąg dalszy).

Przejdźmy teraz do omówienia objawów zajęcia kiłą aparatu statycznego. Jak już wspomnieliśmy wyżej, może on być zajęty sprawą chorobową wspólnie z aparatem słuchowym lub niezależnie od niego. W przypadkach ciężkich bywają zajęte jednocześnie i inne nerwy, jak n. facialis, n. abducens, n. oculomotorius.

Z objawów podmiotowych występuje na pierwszy plan uczucie zawrotu głowy, tak silne niekiedy, że powoduje wymioty. Jako skutki zawrotu głowy bywają zaburzenia równowagi ciała. Czasem daje się spostrzegać samoistny oczopląs (Ny) w stronę zdrową. Na moim materjale spostrzegałem trzy takie przypadki — dwa w drugim

okresie kiły, jeden w trzecim. Raz jeden objawowi temu towarzyszyło zbaczanie w stronę przeciwną wyciągniętej przy zamkniętych oczach ręki, raz jeden objaw Romberga.

O ile cierpienie dotknęło wyłącznie błędnik statyczny, nie stwierdzamy żadnych zaburzeń słuchu.

Często jednak nie mamy żadnego z tych objawów, chory nic nie wie o swem cierpieniu ucha, i dopiero dokładne badanie aparatu statycznego wykazuje zajęcie jego kiłą.

Beck i *Popper*, badając narząd słuchu 104 syfilityków we wczesnym okresie choroby nieleczonej, którzy nie zdradzali żadnych objawów zajęcia błędnika, stwierdzili u 24 pewne zaburzenia błędnikowe, z tego u 3 całkowite jednostronne, u 1-dwustronne wyłączenie narządu statycznego dla podniet cieplnych, u 16 obniżenie pobudliwości cieplnej błędnika i tylko u 4 lekkie jej wzmożenie. Autorzy ci dla wykonania próby cieplnej posługiwali się stale wodą o t^0 20^0C, przyczem siła strumienia wody była zawsze jednakowa. Jako normalnie pobudliwy błędnik uważali oni ten, który po upływie 20—40 sek. od płókania reagował oczopląsem. Badając zachowanie się u tych chorych próby obrotowej, otrzymali wspomniani autorzy następujące wyniki: ze 104 badanych syfilityków u 16 pobudliwość błędnika na obracanie była znacznie obniżona, u 4 nieco zwiększona. Za silne obniżenie pobudliwości błędnika przyjmowali oni takie, gdy po 10 obrotach zauważono zaledwie 5—10 wahań poziomych gałki ocznej.

W przeciwieństwie do podanych przez *Beck'a* i *Popper'a* wyników, *Lund* stwierdził, że próba cieplna bywa u chorych na kiłę nabytą częściej normalna lub prawie normalna, podczas, gdy obrotowa osłabiona lub zmieniona.

Chociaż wyniki otrzvmane przez podanych badaczy różniły się między sobą, to jednak stwierdzały niezbicie istnienie niewspółmierności między zachowaniem się błędnika w stosunku do podniet: cieplnej i obrotowej. *Spira* uważa ten objaw za patognomoniczny dla kiły.

W moich badaniach próby cieplnej posługiwałem się metodą małych podrażnień, używając jednak do tego 10 $ctm.^3$ wody o t^0 22^0C. Czyniłem to celowo, gdyż wobec rozbieżności zdań co do zachowania się próby cieplnej w kile, postanowiłem sprawdzić wyniki otrzymane od zadziałania bodźcem nieco energiczniejszym, na który każdy błędnik żywo reagować winien. O ile po takiem płukaniu oczopląs nie występował, zwiększałem ilość wody, dochodząc stopniowo do 100—200 ctm^3. Jeżeli takie ilości nie drażniły błędnika, obniżałem

stopniowo t^0 wody. Podczas badania głowa chorego odchylona była zwykle ku tyłowi o 60^0.

Próbę obrotową wykonywałem w dwóch płaszczyznach, nachylając głowę chorego ku przodowi o 30^0 — w ten sposób wywołując podrażnienie kanałów poziomych, poza tem z odchyleniem głowy na bok, obracając chorego w tę samą stronę, by podrażnić kanały pionowe.

Wielokrotne badania, przeprowadzone na całym szeregu zdrowych osobników, upewniły mnie, że normalnie błędnik reaguje na podrażnienie bardzo małym bodźcem obrotowym; wystarcza t r z e c h obrotów na krześle obrotowem, by wywołać oczopląs trwający do 5—6 sek. bez objawów jednak zawrotu głowy lub wymiotów. Badanie takie, powodując małe podrażnienie błędnika, nie męczy chorego, a więc może być stosowane i u ciężej chorych, wyniki zaś, otrzymane przeze mnie tą metodą, różniły się tylko ilościowo siłą reakcji od wyników zwykłej próby obrotowej (10 obr. *). W przypadkach nadwrażliwości błędnika oczopląs trwa dłużej, może wystąpić zawrót głowy. W przypadkach osłabienia pobudliwości obrotowej zwiększamy liczbę obrotów do 5 lub 10.

Wobec powyższego rozpoczynałem zwykle próbę obrotową u badanych syfilityków od 3 obrotów, notując charakter i czas trwania oczopląsu poobrotowego.

Wyniki mych badań przedstawiają się następujaco: na 21 badanych w p i e r w s z y m o k r e s i e k i ł y błędnik reagował normalnie na próbę cieplną 8 razy, pobudliwość była zmniejszona 12 razy, brak pobudliwości — 1. Zaburzenie występowało jednostronnie 8 razy.

Na 84 przypadki d r u g i e g o o k r e s u k i ł y błędnik reagował normalnie 27 razy, pobudliwość była zwiększona 2 razy, zmniejszona 52, brak pobudliwości notowałem 3 razy. Zaburzenie występowało jednostronnie 24 razy, dwustronnie 32.

Na 15 chorych w t r z e c i m o k r e s i e k i ł y błędnik reagował normalnie 6 razy, pobudliwość była zwiększona 1 raz, zmniejszona 8 razy. Zaburzenie wystąpiło jednostronnie 3 razy, dwustronnie 6.

---

*) Po oddaniu do druku mej pracy ukazała się w Mon. für Ohr. 9 H. praca Orleanskiego i Aleksandrowa z kliniki Moskiewskiej p. t. „Das innere Ohr bei kongenitaler Syphilis", w której autorzy posługiwali się również metodą małych podrażnień obrotowych, uważając, że normalnie błędnik winien reagować już na 4 obroty oczopląsem trwającym 8—15 sek. Stwierdza to słuszność mych spostrzeżeń.

Zestawiając otrzymane wyniki w tabliczce:

Okres kiły	Licz. badanych przypadków	pobudliwość normalna	pobudliwość wzmożon.	pobudliwość osłabiona	brak pobudliwości	zaburzenie jednostron.	zaburzenie dwustronne
I	21	8	—	12	1	5	8
II	84	27	2	52	3	25	32
III	15	6	1	8	—	3	6

widzimy, że próba cieplna wypadła normalnie zaledwie w 34⁰/o przypadków; w 60⁰/o była ona osłabiona, w 3,5⁰/⁰ stwierdzono brak jej zupełny, w 2,5⁰/o wystąpiła nadpobudliwość błędnika.

Co do zachowania się błędnika u naszych badanych w stosunku do próby obrotowej, to otrzymane wyniki były nieco odmienne.

W pierwszym okresie kiły kanały poziome reagowały na obracanie normalnie 12 razy (z tego 6 przy normalnie reagującym na bodźce cieplne błędniku); jeden raz stwierdzono nadwrażliwość dla obracania (Ny. do 30 sek.) przy osłabionej próbie cieplnej, 8 razy osłabienie odczynu obrotowego (z tego 2 przy normalnej próbie cieplnej). Zaburzenie występowało jednostronnie 4 razy, dwustronnie 5 razy.

W drugim okresie kiły otrzymane dane były następujące: 51 razy próba obrotowa wypadła dla kanałów zewnętrznych normalnie (w 18 przypadkach przy normalnej próbie cieplnej), dwa razy wykryto nadwrażliwość, (z tego raz zawrót głowy), 29 razy osłabienie próby (z tego 7 przy normalnej próbie cieplnej), dwa razy odczyn wypadł całkiem ujemnie. Zaburzenie występowało jednostronnie 15 razy, dwustronnie 18.

W trzecim okresie kiły 8 razy próba obrotowa wypadła normalnie (z tego 5 przy normalnej cieplnej) 7 razy była osłabiona (1 przy normalnej cieplnej); zaburzenie wystąpiło jednostronnie 4 razy, dwustronnie 3.

Zestawiając otrzymane dane w tabliczce:

Okres kiły	Licz. badanych przypadk.	pobudliwość normalna		pobudliwość zwiększona		pobudliwość zmniejszona		brak pobudliw.		zaburzenie jednostronne	zaburzenie dwustronne
		przy normal. ciepln.	przy osłabion. ciepln.	przy normal. ciepln.	przy osłab. ciepln.	przy normal. ciepln.	przy osłab. ciepln.	przy normal. ciepln.	przy osłab. ciepln		
I	21	6	6	—	1	2	6	—	—	4	5
II	84	18	33	2	—	7	22	—	2	15	18
III	15	5	3	—	—	1	6	—	—	4	3

widzimy, że naogół u naszych chorych próba obrotowa częściej wypadała normalnie od próby cieplnej. W 42 przypadkach zaburzeń odczynu cieplnego błędnik reagował normalnie na obracanie. Całkowitą niewrażliwość na obracanie notowaliśmy w 2 przypadkach, w których i próba cieplna wypadła całkiem ujemnie.

Osłabienie pobudliwości kanałów pionowych na obracanie spostrzegałem 13 razy tylko (w pierwszym okresie — 2, w drugim — 7, w trzecim — 4); z tej liczby w 10 przypadkach kanały poziome również reagowały słabiej. Zgadza się to ze spostrzeżeniami *Spiry*, *Foschner'a*, którzy również notowali w kile obniżenie pobudliwości na obracanie kanałów poziomych.

Porównując zachowanie się błędnika u naszych chorych w stosunku do bodźców cieplnych i obrotowych, stwierdzić możemy znaczną przewagę zaburzeń cieplnej próby (66%) nad zaburzeniami próby obrotowej (40%). Więcej, niż w połowie przypadków zaburzeń próby cieplnej, próba obrotowa wypadała normalnie, przeciwnie zaś z 49 przypadków zaburzenia odczynu obrotowego w 37 mogliśmy stwierdzić również zaburzenia próby cieplnej. Prócz tego we wczesnych okresach kiły częściej mogliśmy zauważyć odchylenia od normy w zachowaniu się próby cieplnej. Wymienione fakty przemawiają za tem, iż objaw zaburzenia odczynu cieplnego w kile możemy uważać za wczesniejszy i charakterystyczniejszy od zmian odczynu obrotowego.

Omówimy obecnie sprawę zachowania się próby galwanicznej u chorych na kiłę. W swoich badaniach posługiwałem się metodą dwubiegunową, umieszczając elektrody po obu stronach przed małżowiną uszną. Notowałem odchylenie głowy oraz oczopląs występujący podczas zamykania prądu. Normalnie odchylenie głowy powinno wystąpić już przy 1—2 MA, w stronę anody, oczopląs zaś przy prądzie nieco mocniejszym (4—5 MA.)

W naszych przypadkach odchylenie głowy występowało zazwyczaj już przy 2—3 MA; w dwóch przypadkach okresu drugiego kiły i trzech okresu trzeciego odruch nie wystąpił wcale mimo wprowadzenia 12 MA; w przypadkach tych oczopląs również nie wystąpił.

Pozatem w 7 przypadkach okresu drugiego notowano odchylenie głowy w stronę katody, a w 9 przypadkach (1—okresu

pierwszego, 8 okresu drugiego) była tak znaczna bolesność już przy 1—2 MA, że odchylenia głowy nie można było zauważyć.

Oczopląs często występował przy 2—3 MA (27 przypad.), częściej przy 4—5 MA (36), lecz najczęściej przy 8—10 MA (41).

W 7 przypadkach (4 drugiego okresu, 3 trzeciego) wcale niemogliśmy go zauważyć. Częściej spotykaliśmy Ny. rot. et horizont. w stronę katody, jednak w całym szeregu przypadków dało się zauważyć kierunek oczopląsu ku anodzie. Zgadza się to ze spostrzeżeniami *Beck'a*.

Z powyższych zestawień wynika, że naogół pobudliwość galwaniczna u naszych chorych była osłabiona, często dość znacznie. W przeważającej liczbie przypadków stopień osłabienia pobudliwości na prąd galwaniczny odpowiadał stopniowi osłabienia pobudliwości cieplnej, a zaledwie w trzeciej części przypadków stopniowi osłabienia pobudliwości obrotowej.

Nie można pominąć milczeniem zachowania się w kile objawu omijania. Na materjale moich chorych raz jeden spostrzegłem samoistnie występujący ten objaw ku stronie powolnego komponentu Ny. spont.

Przy płukaniu ucha odpowiadającego kierunkowi omijania, 30 ctm.^{3} wody o t^0 22^{0}C zbaczanie stało się wyrazniejsze. Słuch w tym przypadku był trochę osłabiony obustronnie, pobudliwość błędnika zachowana.

W innym zaś przypadku drugiego okresu kiły spostrzegałem samoistne zbaczanie obu rąk wprawo. Słuch w tym przypadku był całkiem normalny, również przewodnictwo kostne, prawy błędnik reagował na podrażnienia cieplne opieszale. Po płukaniu zimną wodą ucha z obu stron występowało normalne zbaczanie rąk ku stronie płukanego ucha.

Z pozostałych przypadków kiły nabytej brak objawu zbaczania po podrażnieniach cieplnych i obrotowych zauważyłem tylko cztery razy — we wszystkich pobudliwość kaloryczna była zmieniona, pobudliwość obrotowa osłabiona, słuch w dwóch przypadkach znacznie upośledzony, przy skróceniu przewodnictwa kostnego.

Zaburzenia w występowaniu objawu zbaczania po podrażnieniu błędnika notują w kile nabytej ucha wewnętrznego również *Beck*, *Bayer*, *Almour*. Ten ostatni uważa, że odchylenia w objawie tym od normy w związku ze skróceniem przewodnictwa kostnego, jest ważnym czynnikiem rozpoznawczym dla kiły systemu nerwowego. *Beck* zjawisko to tłumaczy zmianami w cieczy błędnikowej. Leczenie swoiste często usuwa to zaburzenie.

Zestawienie spostrzeganych u naszych chorych objawów zajęcia kiłą ucha wewnętrznego wykazuje, że cierpienie częściej zajmuje cały błędnik (52%); izolowane zajęcie ślimaka spostrzegałem w 23% przypadków, przedsionka w 25%.

W pierwszym okresie kiły i wczesnym drugim częściej występują zaburzenia czynności przedsionka, zwłaszcza ulega wcześnie osłabieniu pobudliwość na bodźce cieplne. Daje się wtedy zauważyć niewspółmierność między wynikiem próby cieplnej a obrotowej — przedsionek reaguje normalnie na obracanie, podczas, gdy odczyn cieplny już jest zahamowany. W dalszym okresie cierpienia objaw niewspółmierności tych dwóch odczynów ginie, gdyż najczęściej wtedy mamy zaburzenia próby cieplnej i obrotowej. Dołączają się również objawy zajęcia nerwu przedsionkowego (osłabienie próby galwanicznej), oraz zaburzenie ze strony ślimaka. Jeżeli zajęcie ucha wewnętrznego wystąpi w późnym okresie kiły, spotykamy się wcześniej z zespołem objawów ze strony narządu słuchu — zaburzeniem znacznem słuchu, skróceniem przewodnictwa kostnego, podniesieniem dolnej granicy słuchu. W przypadkach zajęcia sprawą chorobową całego błędnika, nawet we wczesnym drugim okręsie kiły, na pierwszy plan występują zaburzenia w przewodnictwie kostnem, zaburzenia pobudliwości cieplnej.

Rozpoznanie zajęcia błędnika kiłą w drugim okresie cierpienia najczęściej nie przedstawia większych trudności. Gdy w przebiegu drugorzędnej kiły wystąpią u chorego zaburzenia słuchu, a badanie pozwoli stwierdzić skrócenie przewodnictwa kostnego, obniżenie górnej lub podniesienie dolnej granicy słuchu przy braku zmian w uchu środkowem, wreszcie zaburzenia przedsionkowe, możemy rozpoznać kiłowe zajęcie błędnika.

Wszelkie zaburzenia słuchowe, zawroty głowy, szmery występujące w przebiegu kiły winny zwrócić uwagę lekarza na narząd słuchu.

Należy również w każdym przypadku porażenia nerwu twarzowego bez wyraźnej etjologji przeprowadzić badanie błędnika, gdyż niekiedy objaw ze strony n. twarzowego poprzedza objawy błędnikowe kiły.

Wreszcie w każdym przypadku nagle występującej sprawy błędnikowej winniśmy pamiętać o możliwości etjologji kiłowej.

Wszelako w późnym okresie drugorzędnej kiły, lub w okresie jej trzeciorzędnym ustalenie kiłowej etjologji schorzenia błędnika

bywa niekiedy bardzo trudne, zwłaszcza, że nie mamy objawu, wyłącznie na podstawie którego moglibyśmy rozpoznać kiłę ucha wewnętrznego.

Oczywiście nagłe wystąpienie głuchoty u osobnika napozór zdrowego musi wzbudzić podejrzenie o swoistości cierpienia. Jednak winniśmy pamiętać, że nagła głuchota może powstać w następstwie rozmaitych zakaźnych cierpień, zatruć (china, salicyl), jak również może być pochodzenia histerycznego.

Zmiany w percepcji dźwięków, objawiające się podniesieniem dolnej granicy słuchu, lub obniżeniem górnej, nie mogą służyć za punkt rozpoznawczy kiły ucha wewnętrznego. Prawda, dość często spotykaliśmy u chorych na kiłę podniesienie dolnej granicy słuchu bez zmian otoskopowych błony bębenkowej, jednak objaw ten może mieć pewne znaczenie tylko łącznie z innemi.

Skrócenie przewodnictwa kostnego, zwłaszcza przy dobrym słuchu uważane jest przez wielu za objaw patognomoniczny dla kiły ucha wewnętrznego. U naszych chorych notowaliśmy go w 63% przypadków kiły, z tego w połowie przy dobrym słuchu.

Stwierdzenie tego objawu silnie zaznaczonego zwłaszcza u osobników młodych powinno zawsze nasze poszukiwania skierować w stronę możliwej kiły, jednak musimy się zastrzec, że niezawsze skrócenie przewodnictwa kostnego należy przypisywać kile.

Z drugiej strony, brak wymienionego objawu nie wyłącza kiłowego zajęcia ucha wewnętrznego, gdyż niekiedy istnieją inne objawy kiły błędnika przy całkowitem zachowaniu przewodnictwa kostnego.

Za kiłą ucha wewnętrznego przemawia wystąpienie objawów wyłącznie ze strony aparatu przedsionkowego (*Hautant* i *Ramadier*). Jednak przy różniczkowaniu należy pamiętać o istnieniu tego objawu w przypadkach guza kąta mostowo-móżdżkowego, sclerosis disseminata, arterjosklerozy (*Barre*).

Z objawów przedsionkowych spotykamy często w kile ucha wewnętrznego obniżenie pobudliwości błędnika dla podrażnień cieplnych, co przy zachowaniu próby obrotowej przemawia na korzyść specyficzności zajęcia błędnika. Za tem przemawia również łącznie z innemi objawami — obniżenie wrażliwości nerwu przedsionkowego na prąd galwaniczny.

Wreszcie pewne znaczenie w rozpoznaniu kiły ucha wewnętrznego przypisują zaburzeniom w objawie omijania.

W przypadku cierpienia błędnika, w którym objawy zmuszają nas podejrzewać kiłę nabytą, uciekamy się zwykle do serologicznego

badania krwi chorego, gdyż dodatni odczyn Wassermanna rozpoznanie nasze potwierdza.

Jednak w przypadkach dawnej kiły dość często serologiczne badanie krwi wypada ujemnie, objawy zaś błędnikowe narastają, co wymaga szybkiego i pewnego rozpoznania. Pomocnem tu nam bywa stwierdzenie innych następstw kiły, jak aneuryzmatu aorty, zmiany odruchów źrenicowych i ścięgnowych, wystąpienie niedowładu n. twarzowego, ptosis, lub diplopiae.

Jeżeli serologiczne badanie krwi nas zawodzi, musimy się uciec do badania płynu mózgowo-rdzeniowego. Odegrywa tu rolę odczyn Wassermanna, odczyn kolloidalny, lymphocytosa i odczyn Nonne-Appelt'a.

Wreszcie dla rozpoznania kiły ucha wewnętrznego sprawą nadzwyczaj ważną jest stosunek, jaki zachodzi pomiędzy nasileniem objawów kiły ucha, a leczeniem preparatami arszeniku. Spotykamy dwie grupy objawów — tak zwany odczyn Herxheimer'a z jednej strony, z drugiej — neurorecydywy kiły oraz neuryty toksyczne. Jeśli w przypadku leczonej kiły ucha wystąpią zaburzenia ze strony narządu słuchu lub aparatu statycznego, lub też nasilenie istniejących objawów, o charakterze zjawiska decyduje, zdaniem *Ramadier*, czas w którym te odjawy wystąpią. Mianowicie, odczyn Herxheimer'a występuje zwykle po 24—48 g. od pierwszego zastrzyknięcia neosalvarsanu, neuritis toxica podczas już rozpoczętego leczenia arszenikowego, wreszcie neurorecydywy w kilka tygodni lub miesięcy po zaprzestaniu leczenia. Odczyn Herxheimer'a polega na uczuleniu i podnieceniu narządu słuchu i zależy od reakcyjnego obrzmienia nerwu słuchowego infekowanego przez krętki blade (*Herxheimer*). Występujące odjawy mijają zwykle szybko bez śladu. Co do neurorecydywy kiły, to jedni wiążą wystąpienie tego zjawiska ze stosowanemi preparatami arszeniku, inni znów widzą w tem skutki zasadniczego cierpienia, niezależnie całkiem od wprowadzonego do ustroju arszeniku. Zdaniem *E. Schmidt'a* neurorecydywy powstają częściej w drugim okresie kiły i zależą od meningitis basilaris luetica. „Neurorecydywa n. słuchowego", powiada *Better*, „zawdzięcza swe powstanie właściwemu układowi mózgowia, ponieważ w tkance podpajęczynowej, na podstawie czaszki znajdują się rozległe przestrzenie limfatyczne, stanowiące do pewnego stopnia miejsce predylekcyjne dla krętków bladych, z powodu szczególnych stosunków krążenia limfy w mózgu jest nerw słuchowy i oczny stale zagrożony w tych miejscach napadem ze strony krętków".

Odczyn Herxheimera występuje nietylko po zastosowaniu preparatów arszenikowych, lecz, jak mogliśmy się przekonać na jednym z naszych przypadków, również po zastrzyknięciu soli bismutu. Ponieważ podobne przypadki nie należą do częstych (wspomina o neurorecydywie kiły po leczeniu bismutem *Nathan*), pozwolę sobie podać krótko przebieg cierpienia u tego chorego:

M. H. 26 l. przechodzi drugi okres kiły przy objawach typowych na skórze (roseola). WR $(+)^4$. Ze strony narządu słuchu stwierdza się osłabienie słuchu do 2 mtr. dla szeptu na prawe ucho i do 3 mtr. na lewe. R.+W.±, granica dolna słuchu C_{16}, granica górna—N. Skrócenie przewodnictwa kostnego do 8 sek. dla C_{128}. Osłabienie pobudliwości cieplnej, obrotowej i galwanicznej obustronnie. Zastosowano leczenie preparatem bismutu (Bismolip). Na drugi dzień po pierwszem zastrzyknięciu środka wystąpiły silne szmery podmiotowe, zawroty głowy, wymioty, objawy te, zmniejszając natężenie, trwały przez 10 — 12 godzin, poczem znikły bez śladu. W dalszym ciągu leczenia stosowano ten sam preparat bismutowy wspólnie z neosalvarsanem, lecz wspomnianych objawów więcej nie spostrzegano. Po przeprowadzonej kuracji słuch pozostał bez zmian, przewodnictwo kostne dla C_{128}—15 sek. zaburzenia próby obrotowej ustąpiły obustronnie, cieplnej i galwanicznej zmniejszyły się wyraźnie.

Reasumując powyższe musimy przyjść do wniosku, że w rozpoznaniu kiły ucha wewnętrznego nie można polegać wyłącznie na jakimkolwiek pojedyńczym objawie. Należy poddać dokładnej analizie zebrany podczas badania materjał, uzupełnić go badaniem całego ustroju, poszukując wszędzie znamion nabytej kiły, wreszcie wykonać serologiczne badanie krwi lub płynu mózgowo-rdzeniowego.

Pamiętać przytem powinniśmy, że nakłucie lędźwiowe może być niebezpieczne ze względu na istniejące przypadki stwierdzenia utraty czynności błędnika w następstwie dokonanego przekłucia (*Mauthner*, *Seidler*, *Lövy*).

Rokowanie w kile ucha wewnętrznego bywa rozmaite, zależnie od formy cierpienia, jego natężenia, oraz okresu.

Beck uważa, że w przypadkach zmian słuchu prognoza będzie tem lepszą, im bardziej zmiany w płynie mózgowo-rdzeniowym odpowiadają stosunkom przy meningitis, natomiast, gdzie są zmiany słuchu, a niema zmian w płynie mózgowo-rdzeniowym—tam rokowanie złe. Naogół daje się stwierdzić, że zaburzenia słuchowe trudniej poddają się leczeniu swoistemu od zaburzeń aparatu statycznego.

Co do okresu cierpienia, to kiłowe zajęcie błędnika w drugim

okresie kiły daje lepsze rokowanie, niż w trzecim, gdyż wrażliwość na swoiste leczenie z biegiem czasu coraz bardziej się zmniejsza. O ile w drugim okresie kiły możemy mieć do 25% wyleczenia, a do 52% poprawy (*Rigaud*), o tyle w okresie trzecim notowane są zaledwie poszczególne przypadki zupełnego wyleczenia.

Różnorodne objawy kliniczne kiłowego zajęcia błędnika znajdują często swe wytłumaczenie w obrazie anatomo-patologicznym.

W drugim okresie kiły częściej spotykamy się z zespołem objawów meningoneuritis VIII pary. Dowodzi tego, naprzykład, wystąpienie jednostronne objawów ze strony nerwu VIII i nerwu twarzowego, które w czaszce mają na znacznej przestrzeni wspólną otoczkę.

Badaniem anatomo-patologicznem udaje się stwierdzić niekiedy znaczne przekrwienie w oponach mózgu, szarej substancji mózgowej, oraz w nerwie słuchowym (*Jarisch*).

Rosenstein, Pick widzieli obraz anatomo-patologiczny meningitis basilaris luetica ze zwyrodnieniem jąder n. słuchowego.

Buttersacht w przypadku meningitis basilaris gummosa spostrzegał zrosty nerwów VII i VIII pary w ich wspólnej i zgrubiałej otoczce.

Moss, Virchov, Rosenstein opisują periostitis w przewodzie słuchowym wewnętrznym, powodujące ucisk nerwu, a w następstwie zmiany zanikowe.

Brühl widział nacieczenie i wysięk w błędniku i nerwie słuchowym z następczem rozrostem tkanki łącznej i kostnej.

Politzer opisuje zanik komórek zwojowych nerwu w ganglion spirale, *Moos i Steinbrügge* — zanik komórek zwojowych w kanale Rosenthala.

Za istnieniem zmian stałych w tkance nerwu VIII (neuritis acustica parenchymatosa) przemawia według *Sezary* fakt istnienia przypadków, w których najenergiczniejsze leczenie swoiste nie poprawia całkiem sprawy chorobowej.

Wreszcie spotykano w przypadkach kiły ucha wewnętrznego unieruchomienie strzemienia, kilaki w ścianie kostnej błędnika.

Widzimy więc, że zmiany anatomo-patologiczne, stwierdzane w kile ucha wewnętrznego są dość różnorodne: sprawa chorobowa dotknąć może opony mózgowe, jądra i pień nerwu VIII, wreszcie błędnik błoniasty i kostny.

Cierpienia metaluetyczne.

Przechodzimy teraz do omówienia sprawy wpływu na ucho cierpień metasyfilitycznych, jakiemi są wiąd rdzenia (tabes) i porażenie postępujące (paralysis progressiva).

Już w połowie ubiegłego stulecia pracami *Duchenne, Pierret* został ustalony związek między zaburzeniami słuchu u tabetyków a przebytą kiłą.

Poświęcone tej kwestji piśmiennictwo nie pozwala jednak na wypowiedzenie się ostateczne, jak często w sprawie metaluetycznej zajęte bywa ucho, gdyż wnioski otrzymane przez różnych badaczy nie są zgodne. *Voigt*, badając 100 tabetyków, dwa razy tylko notuje głuchotę (2%) *Treitel* na 20 badanych — też dwa razy (10%), *Morpurgo* na 59—43 (81,13%).

Te różnice mogą, naszem zdaniem, zależeć zarówno od różnego okresu cierpienia badanych chorych, jak i od stosowania odmiennych metod badania. Ponieważ chorzy tej grupy najczęściej nie są w wieku młodym, przeto trzeba być bardzo ostrożnym w określaniu przyczyny upośledzenia słuchu, gdyż mogą tu wchodzić w grę czynniki nic wspólnego nie mające z przebytą kiłą. Słuszne jest zdanie *Haug'a*, który uważa, że tylko czyste objawy zajęcia nerwu słuchowego mogą być przyjęte za następstwo kiły.

Co do aparatu statycznego, to również tylko dokładne badania jego umożliwią rozpoznanie właściwej etjologji, gdyż u chorych na wiąd rdzenia i porażenie postępujące zaburzenia wzrokowe i czucia mogą symulować schorzenie błędnika.

Nasz materjał obejmuje 22 przypadki, z tego paralysis progressiva 14, tabes dorsalis 8. Chorych poddawaliśmy przeważnie kilkakrotnemu badaniu, by kontrolować otrzymane wyniki, oraz stwierdzić wpływ przeprowadzonego leczenia. Stosowana przez nas metoda badania ucha wewnętrznego omówioną była wyżej.

Z 22 badanych przypadków w 21 stwierdziliśmy zaburzenia ze strony ucha wewnętrznego, co stanowi 95%.

14 razy cierpienie dotknęło obie gałązki nerwu VIII, 7 razy nerw przedsionkowy; izolowanego zajęcia sprawą gałęzi słuchowej nie stwierdziliśmy ani razu.

Zgadza się to z wynikami otrzymanemi przez *Rebattu*, który na materjale 30 tabetyków stwierdził w 33% przypadków całkowitą niepobudliwość przedsionka na podrażnienia cieplne i obrotowe, w 33% obniżenie pobudliwości i w 26% nadwrażliwość; tylko w 6% przypadków przedsionek reagował normalnie. Zaburzenia słuchu, jego zdaniem, występują nadzwyczaj rzadko.

Z objawów podmiotowych spotykamy skargi na bóle „świdrujące“ w uszach, osłabienie słuchu, szmery rozmaitego natężenia i cha-

rakteru, zawroty głowy, niekiedy padanie. Często objawy te występują napadowo, zmieniając się okresami całkowitego zdrowia.

U naszych chorych skargi na osłabienie słuchu notowane były dwa razy, z tego w jednym przypadku początek był nagły. Szmery również zaznaczono tylko w dwóch przypadkach. Zawroty głowy notowaliśmy trzy razy, z tego w jednym przypadku wystąpiły one nagle jednocześnie ze znacznem osłabieniem słuchu i szmerami (zespół objawów *Menièrea*). W innym przypadku zawrotu, chory podawał, iż okresami dołączało się do tego padanie stałe w lewą stronę. W jednym przypadku notowaliśmy samoistny oczopląs w lewą stronę o charakterze poziomym. Oczopląs ten zwiększał się za każdym razem od zgęszczenia za pomocą balonu Politzera powietrza w prawym przewodzie słuchowym zewnętrznym. Objawu omijania w przypadku tym nie widzieliśmy.

Badanie próby cieplnej u naszych chorych wykazało, że w dwóch tylko przypadkach błędnik reagował normalnie (9%), w trzech notowano nadwrażliwość jego (13%), z tego w dwóch jednostronnie; obniżenie pobudliwości błędnika spostrzegałem 15 razy (69%), z tego cztery razy jednostronnie. Zupełny brak pobudliwości na podnietę cieplną widziałem dwa razy (9%), z tego w jednym przypadku jednostronnie.

Na podrażnienie obrotowe reagował błędnik normalnie 9 razy (41%). (Mowa tu o kanałach poziomych). Nadwrażliwość błędnika notowano 4 razy (18%), z tego w jednym przypadku jednostronnie; obniżenie pobudliwości spostrzegaliśmy w 9 przypadkach (41%), z tego w pięciu — jednostronnie. Braku odczynu na obracanie nie widziałem ani razu. Co do zachowania się kanałów pionowych po obrocie, to raz jeden spostrzegałem ich nadwrażliwość, dwa razy obniżenie pobudliwości (w jednym przypadku jednostronnie).

Zestawienie otrzymanych wyników w tablicach:

Próba cieplna											
Pobudliwość normalna			Nadwrażliwość			Pobudl. obniżona			Brak pobudliwości		
Przy normaln. obrot.	Przy wzmożon. obrot.	Przy osłab. obrot.	Przy normaln. obrot.	Przy wzmożon. obrot.	Przy osłab. obrot.	Przy normaln. obrot.	Przy wzmożon. obrot.	Przy osłab. obrot.	Przy normaln. obrot.	Przy wzmożon. obrot.	Przy osł. obrot.
1	—	1	1	1	1	7	3	5	—	—	2

Próba obrotowa (kanały poziome)												
Pobudl. normalna			Nadwrażliwość			Pobudliwość obniżona				Brak pobudliwości		
Przy norm. ciepl.	Przy wzmoż. ciepl.	Przy osłab. ciepl.	Przy norm. ciepl.	Przy wzmoż. ciepl.	Przy osłab. ciepl.	Przy norm. ciepl.	Przy wzmoż. ciepl.	Przy osłab. ciepl.	Przy braku ciepl.	Przy norm. ciepl.	Przy wzmoż. ciepl.	Przy osłab. ciepl.
1	—	8	—	1	3	1	2	4	2	—	—	—

Próba obrotowa (kanały pionowe)												
Pobudl. normalna			Nadwrażliwość			Pobudliwość obniżona				Brak pobudliwości		
Przy norm. ciepl.	Przy wzmoż. ciepl.	Przy osłab. ciepl.	Przy norm. ciepl.	Przy wzmoż. ciepl.	Przy osłab. ciepl.	Przy norm. ciepl.	Przy wzmoż. ciepl.	Przy osłab. ciepl.	Przy braku ciepl.	Przy norm. ciepl.	Przy wzmoż. ciepl.	Przy osłab. ciepl.
2	1	16	—	1	—	—	1	1	—	—	—	—

pozwala na stwierdzenie, iż primo, *najczęściej w cierpieniach metaluetycznych występują zaburzenia pobudliwości błędnika na podrażnienia cieplne*, secundo, *zaburzenia te zjawiają się wcześniej od zaburzeń próby obrotowej*, tertio, *niema wyraźnej równoległości między zachowaniem się błędnika w stosunku do podniety cieplnej i obrotowej, jak również w zachowaniu się kanałów pionowych w stosunku do poziomych*.

Co do wyników próby galwanicznej, to normalne odchylenie głowy w stronę anody przy 2—4 MA notowałem 4 razy. W trzech przypadkach odruch wystąpił dopiero przy 10 MA, z tego w jednym odchylenie spostrzegałem to w stronę anody, to katody. W dwóch przypadkach pomimo wprowadzenia 15 MA, odruch nie wystąpił wcale, w pozostałych 10 znaczna bolesność próby uniemożliwiła badanie.

Oczopląs w 6 przypadkach występował przy 2—4 MA, w 4 przypadkach przy 5—10 MA, w 10 przypadkach przy 12—15 MA, lecz w tych ostatnich notowaliśmy tylko odchylenie gałek ocznych, co uważane jest za osłabienie odruchu. Wreszcie w dwóch przypadkach nerw VIII, wcale nie reagował na prąd galwaniczny.

Co do charakteru oczopląsu, to najczęściej mogliśmy spostrzegać Ny. rotat., częściej, lecz nie stale, ku stronie katody.

Z powyższych danych wynika, że odczyn galwaniczny w cierpieniu metaluetycznem ucha częściej bywa osłabiony. Odbiega to od spostrzeżeń *Marina*, *Hauga*, którzy częściej stwierdzali wzmożenie tego odruchu, znajduje jednak wytłumaczenie w zmianach anatomo-patologicznych, jakie spotykamy w tem cierpieniu, a które umiejscowiają się przeważnie w gałązkach nerwu VIII, oraz oponie podstawy czaszki.

Porównanie zachowania się odczynu galwanicznego do odczynu cieplnego i obrotowego u tych chorych wykazuje wyraźną równoległość w zaburzeniach tych odczynów. Nadwrażliwości nerwu na prąd galwaniczny odpowiada nadwrażliwość przedsionka na podrażnienia cieplne i obrotowe, osłabieniu pobudliwości galwanicznej nerwu — osłabieniu próby cieplnej, rzadziej obrotowej, wreszcie brakowi pobudliwości na prąd galwaniczny towarzyszy brak odczynu cieplnego i osłabienie odczynu obrotowego. W jednym tylko przypadku notowaliśmy osłabienie odczynu galwanicznego przy jednoczesnej nadwrażliwości przedsionka na podrażnienia obrotowe i osłabieniu na podrażnienia cieplne.

Co do stanu gałęzi słuchowej nerwu VIII, to w 6 przypadkach stwierdziliśmy całkowite zachowanie słuchu dla szeptu, co stanowi 27%. W 10 przypadkach (46%) słuch był nieco osłabiony (do 3 – 4 mtr.), w 4 (18%) — szept był słyszalny przy małżowinie usznej wreszcie w 2 przypadkach chorzy nie słyszeli nawet głośnej mowy (9%). We wszystkich przypadkach upośledzonego słuchu stwierdziliśmy otoskopowo normalny stan błony bębenkowej, z wyjątkiem dwóch (szept a. c.), w których błona bębenkowa była bardzo wciągnięta i nieco zgrubiała. Jeden raz tylko cierpienie wystąpiło jednostronnie. Ponieważ wiek chorych tylko w czterech przypadkach przekraczał 50 lat, większość zaś chorych była w wieku od 30 do 40, przeto z dużem prawdopodobieństwem możemy uzależnić zaburzenia słuchowe od kiły.

Badanie stroikami wykazało normalne zachowanie dolnej granicy słuchu tylko w czterech przypadkach, w 18 zaś nieduże jej podniesienie (w 17 do C_{32} i w 1 do C_{128}).

Górna granica słuchu obniżoną była raz jeden (do C_{512}). Pozatem w jednym przypadku chory wcale nie słyszał stroików. W pozostałych 20 przypadkach górna granica słuchu była normalna. Przewodnictwo kostne tylko w 6 przypadkach nie było zmienione,

dotyczyło to chorych z zachowanym normalnym słuchem. W 8 przypadkach skrócenie przewodnictwa kostnego było nieduże (do 10 sek.), w 6 znaczne (do 5 sek. i bardziej), wreszcie w dwóch stroik a1 nie był słyszany przez kość wcale. Jeden raz objaw ten stwierdzono u chorego z całkowitą obustronną utratą słuchu, nadwrażliwością przedsionka na podrażnienia obrotowe i osłabieniem pobudliwości na prąd galwaniczny, drugi raz przy mało zmienionym słuchu i niepobudliwości błędnika i nerwu. Przemawia to na korzyść uzależnienia zmian przewodnictwa kostnego nietylko od zaburzeń ciśnienia wewnątrzbłędnikowego, lecz i od zmian organicznych w tkance nerwu VIII. Musimy zaznaczyć jeszcze, iż w naszych przypadkach skrócenie przewodnictwa kostnego z obu stron najczęściej nie było jednakowe.

Próba Webera wypadała u moich chorych stale ujemnie, to znaczy nie mogłem stwierdzić ani razu lateralizowania dźwięku. Sądzę jednak, że zależy to jedynie od niemożności zześrodkowania uwagi chorego na tej próbie, gdyż stan psychiczny tej grupy chorych właśnie na takie zześrodkowanie uwagi najczęściej nie pozwala.

Rinne w 17 przypadkach był dodatni, w 2 ujemny; dotyczyło to chorych z całkowitą utratą słuchu przez powietrze. W trzech przypadkach objaw ten wypadł niepewnie (±), z tego w jednym tylko dla stroika C_{128}; w przypadku tym słuch dla szeptu był zachowany, granica dolna słuchu podniesiona do C_{32}, górna normalna, przewodnictwo kostne skrócone dla a_1 i C_{128} jednakowo, odczyn cieplny i galwaniczny osłabiony. Zwracam uwagę na spostrzegany objaw, gdyż z jednej strony potwierdza on, iż w cierpieniach metaluetycznych mamy wcześniej obniżenie zdolności percepcji przez kość tonów wyższych, a przez powietrze tonów niższych, czego dowodzi również częste przesunięcie ku górze dolnej granicy słuchu, z drugiej zaś, że zmiany zdolności percepowania poszczególnych dźwięków stoją w związku nietylko ze zmianami w samym błędniku, lecz i w nerwie słuchowym lub w oponach mózgu.

Za wczesnem umiejscowieniem sprawy metaluetycznej w tkance nerwu VIII lub w oponie mózgowej dookoła niego, przemawia wreszcie fakt dość częstego występowania u takich chorych zaburzeń ze strony nerwu twarzowego, zwłaszcza jednostronnych. Na naszym materjale mogliśmy w pięciu przypadkach stwierdzić ten objaw, jednocześnie z osłabieniem słuchu oraz pobudliwości błędnika statycznego i nerwu na prąd galwaniczny.

Zestawiając otrzymane przez nas wyniki z danemi zebranemi

z piśmiennictwa, widzimy, że nasz materjał wykazuje znacznie częstsze zajęcie sprawą chorobową narządów nerwu VIII. W 95% przypadków stwierdziliśmy zaburzenia ze strony ucha wewnętrznego, z tego cierpienie dotknęło obie gałązki nerwu VIII w 63,5%, nerw przedsionkowy w 31,5%. Zaburzenia ze strony nerwu przedsionkowego należą do wczesnych objawów chorobowych. Dołącza się do tego obniżenie pobudliwości nerwu na prąd galwaniczny. W przeważającej liczbie przypadków daje się stwierdzić równoległość zaburzeń odczynu galwanicznego, cieplnego i obrotowego. Zaburzenia słuchu występują rzadziej od zaburzeń ze strony nerwu przedsionkowego, — znaczniejsze osłabienie słuchu odpowiada późnemu okresowi cierpienia. Podobnie jak w kile drugorzędnej i trzeciorzędnej, w cierpieniach metaluetycznych spotykamy najpierw osłabienie słuchu dla stroików niskich, dopiero w sprawie chorobowej daleko posuniętej daje się zauważyć obniżenie górnej granicy słuchu. Przewodnictwo kostne w znacznej liczbie przypadków bywa skrócone; stopień jego skrócenia odpowiada mniej więcej sile słuchu chorego. Rinne przytem bywa zwykle dodatni. Wreszcie, do stosunkowo częstych objawów należy odnieść niedowład nerwu twarzowego.

Rozpoznanie spraw metaluetycznych ucha wewnętrznego nie zawsze bywa łatwem. Objawy przedsionkowe należą do dość wczesnych (spotykaliśmy je już w miesiąc po zauważeniu ogólnych objawów tabesu) i powinny zawsze obudzić w badającym podejrzenie jakiejś sprawy swoistej.

Decydującym jednak jest wynik badania neurologicznego, stwierdzenie zmian ze strony narządu wzroku (*Strümpell*) oraz wynik serologicznego badania płynu mózgowo-rdzeniowego.

Zaburzenia słuchu zazwyczaj występują w cierpieniach metaluetycznych znacznie później od zaburzeń aparatu statycznego, silnie zaznaczone cechują one cięższą formę cierpienia.

Rokowanie w sensie poprawy słuchu lub ustąpienia istniejących objawów przedsionkowych jest naogół złe.

W jednym przypadku mało zaawansowanego cierpienia swoistego ucha wewnętrznego u tabetyka widziałem niewielką poprawę słuchu (przed kuracją 1,5 mtr., podczas kuracji 2,5 mtr. dla szeptu), jednak obniżenie pobudliwości przedsionka na próbę cieplną pozostało bez zmian. Sądzę, że był to raczej okres chwilowej poprawy niezależny od leczenia, gdyż następne badanie stwierdziło ponowne osłabienie słuchu (szept — 2,0 mtr.).

Jednak bezwątpienia istnieją przypadki poprawy stanu ucha wewnętrznego po zastosowaniu leczenia swoistego, — wspomina o tem między innymi *Quix*.

Zmiany anatomo-patologiczne cierpień ucha wewnętrznego w metaluesie dotyczą głównie nerwu VIII, częściej gałęzi jego słuchowej. Spotykano zanik komórek zwojowych w kanale Rosenthala (*Habermann, Brühl*), w ganglion spirale (*Krassnig*). Prócz objawów zwyrodnienia nerwu VIII spostrzegano również ogniska zapalne w tkance nerwu, zwłaszcza w miejscu wyjścia r. cochlearis (*Mayer, Krassnig*), zmiany zapalno-degeneracyjne w oponie podstawy czaszki — meningitis basilaris chronica (*Mayer, Uspenskaja*), wreszcie ogniska encephalityczne. „Demnach ist die Metalues des Ohres", powiada *Krassnig*, „ein entzündlich degenerativer Prozess, der in typischer Weise im Cochlearisstamme unweit des Fundus beginnt und sich als sekundäre Degeneration gegen die Peripherie ausbreitet".

Omawiając sprawę metaluetycznych cierpień ucha, nie możemy pominąć milczeniem kwestji tak zwanego „trophoneurotycznego" suchego nieżytu ucha środkowego.

Collet spotykał tego rodzaju nieżyt ucha w połączeniu z zaburzeniami troficznemi oraz czucia twarzy, częściej po stronie ucha chorego lub bardziej zajętego sprawą chorobową. Z objawów notuje on neuralgję, hyperestezje, anestezje zaburzenia troficzne skóry, samoistne wypadania zębów. Utrzymuje on, że zaburzenia powyższe zależą od zajęcia sprawą chorobową nerwu trójdzielnego, który, jak wiemy, rządzi również troficznemi funkcjami ucha.

Gellè, Baratoux, Berthold, przecinając nerw trójdzielny u zwierząt, otrzymywali zapalne procesy w uchu środkowem. Ich zdaniem u tabetyków dość często zachorowuje ten nerw, jednak rzadkie stosunkowo występowanie szmerów, zespołu objawów Menière'a u tych chorych nie pozwala na uzależnienie cierpień ucha u nich wyłącznie od zaburzeń nerwu trójdzielnego.

(D. n.)

Skrzywienie przegrody nosowej w świetle cyfr i spostrzeżeń.

Podali: Prof. J. SZMURŁO, kierownik Kliniki Otolaryngologicznej Uniwersytetu Stefana Batorego (Wilno) i Dr. T. WĄSOWSKI, st. asystent Kliniki.

Sprawa skrzywień przegrody nosowej odgrywa w patologji nosa rolę bardzo wybitną; skrzywienie bowiem, przekroczywszy pewne granice, stanowi mniejszą lub większą przeszkodę w oddychaniu. Duże skrzywienia mogą całkowicie zagrodzić drogę powietrzu i zmusić do oddychania ustami i do ponoszenia wszystkich złych następstw takiego oddychania. Dlatego też sprawa powstawania skrzywień przegrody już od czasów *Morgagniego* interesowała lekarzy i przyrodników. W połowie 18-go stulecia *Quelmalz* pisze pracę o skrzywieniach przegrody, rozpatruje przyczyny ich powstawania i wypowiada wiele słusznych i trafnych poglądów, które i w czasach obecnych na wartości nie tracą. Jednakże sprawa skrzywień przegrody mogła być poddana dokładnym badaniom tylko wówczas, kiedy został wynaleziony reflektor i kiedy za pomocą odpowiednich wzierników, przy dobrem oświetleniu, można było dokładnie zbadać wnętrze nosa. Dlatego też dopiero w drugiej połowie ubiegłego stulecia spotykamy szereg poważnych prac, dotyczących skrzywień przegrody. Spotykamy więc prace *P. Heymanna*, *Mackenziego*, *M. Schmidta*, *Zarniko*, *Jurasza*, *Delavana*, *Sędziaka*, *Loevy'ego*, *Langego*, a przedewszystkiem gruntowną pracę z dziedziny anatomji nosa, wiedeńskiego anatomopatologa *Zuckerkandla*, w której rozdział o przegrodzie nosowej zasługuje na szczególną uwagę. W drugim dziesiątku ubiegłego stulecia, w zbiorowym podręczniku chirurgji górnego odcinka dróg oddechowych, znajdujemy bardzo ciekawy rozdział o skrzywieniach przegrody, pióra *Katza*. Przedtem jeszcze *Franke* ogłosił wyczerpującą monografję na ten sam temat. Wreszcie w ostatnich latach ukazują się ciekawe przyczynki w tej kwestji pióra *Chatelier de Lamotte*'a, *Doumenge*'a, *Sercera*, *O. Hirscha*. Przelotnie tematu tego dotyka *Leicher* w pracy swej p. t. „Vererbung anatomischer Variationen der Nase, ihrer Nebenhöhlen und des Gehörorgans", oświetlając ją z nowego dotychczas nie poruszanego punktu widzenia.

Widzimy z tego krótkiego i bynajmniej nie roszczącego pretensji do ścisłości przeglądu prac, traktujących o skrzywieniu przegrody

nosowej, jak bardzo sprawa ta interesuje rhinologów spółczesnych. Wiele stron, zwłaszcza dotyczących terapji skrzywień, znalazło zadawalniające rozwiązanie w pracach *Killiana*, a ostatnio *Wojaczka, Mencla* i innych. W sprawie wszakże etjologji oraz sposobu powstawania skrzywień pozostaje dotychczas wiele punktów ciemnych i spornych. Obecna praca jest próbą rzucenia pewnego światła w tej dziedzinie na podstawie kilkuletnich badań klinicznych i anatomicznych, przeprowadzonych w klinice otolaryngologicznej Uniwersytetu Wileńskiego, w poradni dla uczniów szkół powszechnych i średnich m. Wilna, w żłobku imienia Marji Panny oraz w Zakładzie Anatomji Opisowej na znajdujących się tam zbiorach czaszek zarówno nowych, jak i otrzymanych w darze z podziemi kościoła Św. Jana, w ogromnej większości doskonale zachowanych i przedstawiających zupełnie odpowiedni materjał do badań.

Oddawna zwracał uwagę wszystkich badaczów fakt nadzwyczajnej częstości skrzywień przegrody nosowej. Już przed laty *P. Heymann* u 250 zbadanych osobnikow znalazł tylko w 9 przypadkach mniej więcej prostą przegrodę nosową. *Sędziak* w 200 przypadkach znalazł skrzywienie przegrody w 83,5%. *Jurasz* w 299 znalazł 193 skrzywienia, czyli w 64,5%. *Schech* w swoim podręczniku chorób nosa i gardła powątpiewa, czy wogóle istnieje choć jeden człowiek, posiadający prostą przegrodę nosową. Tę samą wątpliwość wypowiedział *Passow* w znanym podręczniku zbiorowym *Denkera* i *Kahlera*. W klinice jego po długich latach stwierdzono raz tylko zupełnie prostą przegrodę. Okazało się wszakże, że posiadaczowi takiej przegrody przed laty wyprostowano ją właśnie drogą operacyjną. *Doumenge* kategorycznie twierdzi: „prosta przegroda nosowa u dorosłego jest wyjątkiem". Tak więc, jak widać, niektórzy rhinolodzy dochodzą do zupełnego zaprzeczenia możliwości prostej przegrody. Jednakże taka skrajność poglądów daje się tylko częściowo usprawiedliwić. Przedewszystkiem należy ustalić, co będziemy uważali za przegrodę prostą. Możemy bowiem z równą słusznością zapytać, czy istnieje wogóle w przyrodzie linja prosta, płaszczyzna, kula w znaczeniu geometrycznem. Wiemy, że pojęcia te są tylko względne, że w przyrodzie niema linji prostej, niema kuli, niema płaszczyzny geometrycznej. Tak samo względnem jest pojęcie przegrody prostej. Osobiście uważamy, że taką przegrodę należy nazywać prostą, która na powierzchni swej nie przedstawia znaczniejszych nierówności, skrzywień, zboczeń, zwężających przewody nosowe, a po obu stronach wykazuje płaszczyznę równą w pospolitem tego słowa znaczeniu. Jeżeli zgodzimy

się na takie określenie, to okaże się, że przegrody takie do rzadkości nie należą. Takie pojęcie o prostej przegrodzie, zdaje się, ma większość rhinologów i takie tylko pojęcie wytrzymuje krytykę w życiu praktycznem i w klinice.

Obserwacje różnych autorów zarówno w klinice jak i w pracowni wykazały, że odsetek skrzywień waha się znacznie w zależności od tego, czy mamy do czynienia z dzieckiem, z kobietą, 'czy z mężczyzną. Tak spostrzeżenia *Jurasza* wykazują 68,4% skrzywień u mężczyzn i 31,6% u kobiet. *Stier* na czaszkach męskich i żeńskich stwierdził, że czaszki kobiece w 72% mają przegrody proste, podczas gdy czaszki męskie wykazują przegród prostych tylko 21%. Jeden z nas *(Szmurło)* na 205 chorych, z których 164 były osoby dorosłe i 41 dzieci do lat 15-tu znalazł na 164 dorosłych skrzywień 64, czyli 33% i na 41 dzieci — skrzywień 12 czyli 29%; na 92 mężczyzn przypadło skrzywień 48 czyli 52% na 72 kobiety przypadło skrzywień 16 czyli 22%. *Doumenge* na 51 osobę powyżej 7 lat ze skrzywieniem przegrody znalazł 32 mężczyzn (62,75%) i 19 kobiet (37,25%). *Frankenberger* u dziatwy szkolnej w Pradze stwierdził skrzywienie u dzieci młodszych (7 lat) w 12% i u dzieci starszych (15 lat) w 38%. *Kafeman* w Królewcu znalazł skrzywienie u dziatwy szkolnej w 19%. *Anton* na 56 noworodków u 9-u znalazł skrzywienie przegrody. Wreszcie badania *Michalkovicza*, *Frankego*, a ostatnio *O. Hirscha* wykazały skrzywienia przegrody nawet u kilkumiesięcznych płodów.

Stwierdzono również, że skrzywienia przegrody stanowią cechę charakterystyczną europejczyków. Tak *Zuckerkandl* na 263 czaszkach europejczyków stwierdził 140 skrzywień przegrody, czyli 53%, podczas gdy na 370 czaszek nieeuropejczyków znalazł skrzywienia tylko w 39%. *Delavan*, znawca Indjan amerykańskich, utrzymuje, że skrzywienia przegrody u nich należą do wielkich rzadkości. Badania *Zuckerkandla*, *Delavana* i innych potwierdza również i *Alexander*, który na podstawie własnych spostrzeżeń doszedł do wniosku, że podczas gdy u europejczyków asymetryczne przegrody znajdują się do symetrycznych w stosunku 3 : 1, u nieeuropejczyków stosunek ten przedstawia się jak 1 : 3. Wreszcie *Rosenthal* badając czaszki małp na 70 w 69 znalazł przegrodę zupełnie prostą.

Jeszcze jeden punkt w sprawie skrzywień przegrody zdaje się zasługiwać na uwagę: mianowicie kierunek skrzywienia. *Sędziak* na 107 skrzywień stwierdził, że 62 (58%) skierowane są na prawo i 45 (42%) na lewo, *Jurasz* na 164 skrzywień stwierdził 88 (54%) na prawo i 76 (46%) na lewo. *Mackenzie* natomiast, badając czaszki z Muzeum

Anatomicznego w Londynie na 1657 skrzywień znalazł 609 (37%) na prawo i 838 (63%) na lewo. Wreszcie w ostatnich czasach *Leicher* na podstawie badań przeprowadzonych u członków jednej rodziny i kilkudziesięciu par bliźniąt jednojajowych stwierdził w wielu rodzinach powstawanie skrzywień jednakowych u wielu członków jednej rodziny. W przypadkach bliźniąt jednojajowych w wielu razach można było znaleźć uderzające podobieństwo skrzywień nawet nieraz w najdrobniejszych szczegółach. Zresztą jednak autor ten zaznacza, że w większości przypadków nie udało mu się stwierdzić żadnego podobieństwa w kształcie skrzywień przegrody u poszczególnych członków rodziny.

W ten sposób dotychczasowe dane, dotyczące skrzywień przegrody nosowej, zdają się wskazywać, że poczynając od małp człekokształtnych i przechodząc przez rasy pierwotne do indoeuropejskiej, liczba skrzywień przegrody stopniowo się zwiększa, że mogą powstać w najwcześniejszych okresach życia, że jednak najczęściej zdarzają się u dorosłych mężczyzn, stosunkowo znacznie rzadziej u kobiet, a najrzadziej we wczesnem dzieciństwie. Co do kierunku skrzywień, to pod tym względem, wyniki dotychczasowych badań są sprzeczne.

Jak powstają skrzywienia przegrody? Pytanie to, które od 150 lat przyciąga uwagę badaczy i każe im wysuwać mniej lub więcej udatne hipotezy, dotychczas pozostaje nie rozstrzygnięte. Spostrzeżenia *Michalkowicza*, *Frankego*, *O. Hirscha* i szeregu autorów, którzy badali płody ludzkie w najwcześniejszych okresach, niezbicie stwierdzają, że skrzywienia przegrody występują w każdym okresie rozwoju. Widocznie już wówczas istnieją warunki, wpływające na odchylenie od normy kierunku, w którym odbywa się wzrost przegrody, i powodujące większą powolność wzrostu i rozmnażania jednych komórek w porównaniu z innemi, co prowadzi za sobą wgłębienia z jednej strony albo zgrubienia i występy z drugiej. Że nieraz towarzyszy temu skrzywieniu zaburzenie i w rozwoju innych części, widać dokładnie z rysunków w pracy *O Hirscha*, ogłoszonej w Monatschr. f Ohren. w r. 1925. Tak na rysunku 3-m widać wyraźnie po stronie prawej w części górnej przegrody znacznie grubszą warstwę nabłonka pokrywającą chrząstkę zarodkową, aniżeli po stronie lewej, część chrząstkowa w dolnej części jest maczugowato zgrubiała; przecięcie poziome głowy na rysunku 4-m wykazuje skrzywienie podłużne przegrody ze znacznem zgrubieniem chrząstki zarodkowej w części tylnej, jednocześnie wykazuje również asymetrję prawej i lewej połowy części twarzowej głowy. W ten sposób skrzywienie przegrody byłoby w pewnej liczbie

przypadków już w okresie embrjonalnym wyrazem pewnego zaburzenia w rozwoju twarzowej części głowy. W tym kierunku wszakże pójść dalej poza przypuszczenia nie mamy prawa. Należałoby poczynić szereg pomiarów dotyczących kości szczękowej u wszystkich osobników dotkniętych znaczniejszemi skrzywieniami przegrody nosowej i sprawdzić, czy w tym kierunku badania nasze nie dadzą wyniku pozytywnego. Już teraz możemy, opierając się na badaniach *O. Hirscha* i własnych, powiedzieć, że anomaljom w rozwoju podniebienia towarzyszy często skrzywienie przegrody. *O. Hirsch* na badanych przez siebie czaszkach, w których istniała szeroka szczelina środkowa w podniebieniu i brak wyrostka zębodołowego, i gdzie wszelki ucisk na przegrodę zarówno w kierunku pionowym jak i poziomym był wyłączony, stwierdził skrzywienie przegrody w obu wspomnianych kierunkach. W trzech przypadkach znacznego rozszczepienia podniebienia twardego, gdzie pozostał tylko połączony wyrostek zębodołowy, mieliśmy znaczne skrzywienie przegrody zarówno chrząstki czworokątnej, jak i lemiesza i blaszki pionowej kości sitowej. Według *Lenormanta* połączenie przegrody nosowej z podniebieniem jest różne w zależności od tego, czy szczelina w podniebieniu jest jednostronna czy obustronna: w razie szczeliny jednostronnej przeciwna połowa sklepienia kostnego, mocniej rozwinięta, dąży do połączenia się z lemieszem, który zbacza ku niej. W razie obustronnej szczeliny pomiędzy dwiema blaszkami podniebiennemi, znajdującemi się w stanie jednakowego zaniku, istnieje szeroka szczerba, w głębi której widać wolny lemiesz. Z obserwacji *O. Hirscha*, widać że i taka wolna przegroda może ulec zboczeniu.

Bardzo poważna i ciekawa praca *Doumenge*'a została ogłoszona w Annales des maladies de l'oreille et du nez w roku 1923. Z pracy tej widać, że skrzywieniom przegrody towarzyszą często znaczne nieprawidłowości i zboczenia w budowie podniebienia twardego, że zwykle mamy wówczas podniebienie ostrołukowe asymetryczne z przesunięciem się szczytu w jedną lub w drugą stronę od linji środkowej z wklęśnięciem w jednej lub drugiej połowie podniebienia. Autor wyprowadza wniosek, że w razie skrzywienia przegrody wrodzonego asymetrja podniebienia występuje po stronie zatkanej połowy nosa, w razie skrzywienia urazowego, — po stronie przeciwnej. Praca ta oparta na bardzo dokładnie zbadanym materjale, w istocie stwierdza współistnienie zmian w podniebieniu i przegrodzie. Jednakże sądzimy, że wnioski autora, ustalające związek pomiędzy temi dwoma zjawiskami, bynajmniej nie przeczą przypuszczeniu, że obie te sprawy

są wyrazem zaburzeń rozwojowych (w grupie skrzywień nieurazowych), które w ostatecznym wyniku spowodowały owe skrzywienia i anomalje budowy podniebienia i przegrody.

Za powstawaniem skrzywień w okresie embrjonalnym przemawiają również wspomniane wyżej jednakowe skrzywienia przegrody, spostrzegane przez *Leichera* u kilku członków jednej rodziny, a zwłaszcza u bliźniąt jednojajowych. Że te są wszakże zjawiska odosobnione i że nietylko dziedziczność i zmiany embrjonalne są powodem tych skrzywień, podkreśla sam Leicher, zaznaczając, że w większości rodzin nie udało mu się stwierdzić podobieństwa skrzywień u poszczególnych członków jednej rodziny.

Powstawanie skrzywień łączy się, jak wiadomo, z przynależnością rasową. Według *Zuckerkandla* i innych wyżej wspomnianych autorów, u nieeuropejczyków skrzywienia przegrody zdarzają się znacznie rzadziej, niż u europejczyków. Wiążą to oni ze słabszym rozwojem szczęki górnej u tych ostatnich i wogóle twarzowej części głowy w porównaniu z przedstawicielami innych ras i z większym rozwojem części mózgowej czaszki. Dalej według *Briggsa* u ssaków część twarzowa głowy znajduje się z przodu, część mózgowa z tyłu. U człowieka część twarzowa znajduje się pod mózgową. Przegroda więc złożona z cienkich blaszek: kostnej i chrząstkowej, nie wytrzymuje ciężaru mózgu i ulega skrzywieniu. Sądzimy, że do wypowiedzenia się w tej kwestji istniejące dane w literaturze rhinologicznej również nie wystarczają. Potrzebne byłyby liczne i szczegółowe badania przegrody u przedstawicieli rasy mongolskiej, murzyńskiej, indyjskiej i polinezyjskiej. Tymczasem należy tylko zauważyć, że z punktu widzenia antropologicznego (*Havelock Ellis, Martin*) dziecko i jego czaszka przedstawia typ wyższy rozwojowo, niż czaszka dorosłego mężczyzny: jest ona stosunkowo znacznie większa od pierwszej i część jej twarzowa w stosunku do części mózgowej jest również znacznie mniejsza niż u dorosłego mężczyzny. Według *Martina* obwód głowy u noworodka stanowi od 64 do 68% długości ciała, podczas gdy u dorosłego mężczyzny zaledwie 33%. Waga mózgu noworodka stanowi 12,6% wagi ciała, u dorosłego zaś tylko 2,2%. U dziecka więc w myśl tej teorji należałoby częściej spotykać skrzywienia przegrody niż u dorosłych. Tymczasem, jak wiadomo, skrzywienia przegrody u dzieci są zjawiskiem stosunkowo rzadkiem, podczas kiedy u dorosłych są one bardzo częste. Wnioskować stąd należy, że powyższe czynniki są niewystarczające do wywołania skrzywienia i że

tu znowu musi w grę wchodzić jakaś inna niewiadoma, której dopiero poszukiwać należy.

W ten sposób, jak widzimy, można uznać istnienie przyczyn powstawania skrzywień przegrody w zboczeniach rozwojowych pewnej grupy komórek tworzących przegrodę, co nieraz występuje równocześnie ze zboczeniami rozwojowemi w innych częściach szkieletu twarzowego. Co zaś do różnic, zależnych od rozwoju phylogenetycznego człowieka oraz co do różnic rasowych, to należy tylko stwierdzić istniejące fakty rzadkich skrzywień przegrody u nieeuropejczyków, w sprawie jednak przyczyny różnic istniejących trzeba uznać, że badania dotychczasowe w tym kierunku są zbyt nieliczne, ażeby można było na ich podstawie wyciągać dalej sięgające wnioski.

Oprócz przyczyn nieprawidłowego rozwoju przegrody, istniejących w samych komórkach zarodkowych przegrody, największem dotychczas cieszy się uznaniem teorja objaśniająca te skrzywienia oporem kostnych ram, w których osadzona jest przegroda. Teorja ta od samego początku przykuła do siebie uwagę rhinologów i w tym kierunku, począwszy od *Quelmalza*, *Chassaignaca*, *Volkmanna* aż do ostatnich czasów (*Briggs*), zwrócona była głównie ich uwaga i przedsięwzięte poszukiwania. Według teorji tej skrzywienie przegrody zależy od niewspółmierności pomiędzy wzrostem przegrody, zwłaszcza jej części chrząstkowej, i wyrostkiem czołowym kości szczękowej i wyrostkiem zębodołowym z jednej strony, a kolcem nosowym przednim i trzonem kości klinowej z drugiej. Części innych ram kostnych, mianowicie blaszki sitowej kości sitowej i podniebienia twardego jako zbyt cienkiego, a więc nie mogącego stawiać dostatecznego oporu naciskowi rozrastającej się przegrody, zdaniem *Sercera* i innych nie należy brać pod uwagę. Jak wiadomo, skrzywienia występują przeważnie w części chrząstkowej przegrody oraz w miejscu połączenia chrząstki czworokątnej oraz blaszki pionowej kości sitowej z górnym brzegiem lemiesza. Chrząstka przegrody, należąca do grupy chrząstek zarodkowych, a więc posiadająca wzmożoną siłę wzrostu, rośnie szybciej i dłużej, aniżeli części kostne: blaszka pionowa i lemiesz, stąd też ona najczęściej ulega skrzywieniu; z drugiej strony ucisk, wywierany przez nią oraz przez blaszkę pionową na górny brzeg lemiesza, posiadającego w tem miejscu kształt rynienki, wytwarza zgrubienia, wygięcia, odchylenia, tworzące owe znane grzebienie i kolce przegrody. *Šercer,* który sprawę powstawania skrzywień przegrody szczegółowo omówił w bardzo pięknej pracy, zwrócił uwagę na spotykane przez siebie zmiany w górnej części lemiesza i wypo-

wiedział teorję, że ucisk górnej części przegrody powoduje rotacyjne skrzywienie lemiesza w postaci charasterystycznych skrzywień grzebieniowatych i łukowatych, że uciskany lemiesz ze swej strony wywiera ucisk na podniebienie twarde, wywołując jego zboczenie w stronę przeciwną skrzywieniu przegrody. Jednocześnie wytwarza się wygięcie dolnego brzegu chrząstki, co również powoduje powstanie znacznej liczby skrzywień grzebieniowatych w tej części przegrody. W ten sposób *Šercer* objaśnia powstawania skrzywień na podniebieniu twardem, stwierdzonych przez *Doumenge*'a, jakkolwiek jego objaśnienia tego zjawiska nie zupełnie odpowiadają wnioskom tego ostatniego. W istocie na pewnej liczbie czaszek z muzeum anatomji opisowej mieliśmy możność sprawdzić twierdzenie *Šercera* o rotacyjnem skrzywieniu lemiesza; jednocześnie w dość licznej grupie czaszek stwierdziliśmy inną zmianę, którą *Šercer* pomija: rozszczepienie się lemiesza na dwie blaszki kostne, niekiedy zanik górnej części jednej z blaszek, na którą część chrząstkowa przegrody większy ucisk wywarła i zsunięcie się chrząstki z lemiesza (patrz rys. 2, 3, 8, 10). Takie zwichnięcia chrząstki spotykaliśmy dość często podczas operacji, przyczem związek lemiesza z przegrodą chrząstkową w wielu razach utrzymywała tylko błona śluzowa, pokrywająca obie te części przegrody. Takież skrzywienie i rozszczepienie lemiesza spotykaliśmy nawet w przypadkach ucisku na niego zupełnie prostej górnej części przegrody (rys. 10, 13). Jednem słowem badania nasze każą nam utrzymywać, że budowa anatomiczna lemiesza z dwuch symetrycznych blaszek kostnych, które zrosły się jeszcze w okresie życia zarodkowego, może uzewnętrznić się w okresie późniejszym pod wpływem wzmożonego ucisku rosnącej szybciej chrząstki w postaci rozszczepienia lemiesza, przyczem jedna blaszka może pozostać prostą, druga zaś ulega odchyleniu, albo obie blaszki odchylają się w jednym kierunku, albo wreszcie w dwóch przeciwległych kierunkach. Naturalnie, wpłynie to na wytworzenie się rozmaitego rodzaju i wielkości grzebieni w dolnej części przegrody.

Šercer dalej przedsięwziął na 316 osobach różnego wieku pomiary wysokości nosa, ażeby ustalić przeciętną jego wysokość w różnych latach oraz wyprowadzić stosunek do skrzywień przegrody nosowej. Z pomiarów jego widać, że wysokość nosa powiększa się od 5 lat do 10 lat u chłopców o 9 mil., u dziewcząt o 8 mil., od 10 do 15 lat u chłopców o 4 mil., u dziewcząt o 6 mil., od 15 do 20 lat u chłopców o 5 mil., u dziewcząt o 1,5 mil. Po latach dwudziestu wysokość nosa prawie się nie zmienia, zwłaszcza u dziewcząt (u męż-

czyzn do 25 lat wzrasta o 1 mil., u kobiet o 0,14 mil.). W danych tych *Šercer* znajduje potwierdzenie swej tezy, że zatrzymanie wzrostu wysokości nosa po roku 20-ym jest przyczyną skrzywień prostopadłych przegrody. Część bowiem chrząstkowa przegrody obdarzona wielką siłą wzrostu, jako część pierwotnej chrząstki czaszkowej, spotkawszy na drodze swego wzrostu ustaloną wielkość ramy, musi skrzywić swe kształty, ażeby móc rozrastać się dalej.

Jakkolwiek na pierwszy rzut oka teorja *Šercera* jest bardzo pociągająca, jednakże nie jest wystarczająca dla objaśnienia powstałych skrzywień chociażby z następujących względów. Z pomiarów *Šercera* widać, że wysokość nosa powiększa się szybciej, ale również szybciej zatrzymuje się u kobiet. U kobiet wzrost wysokości nosa prawie zostaje powstrzymany już w 15 roku życia, podczas gdy u mężczyzn, rośnie on dalej aż do 25 roku zwiększając się w tym czasie o 5,27 mil., podczas gdy u kobiet w ciągu tego okresu powiększa się tylko o 2 mil. Wynikałoby stąd, że u mężczyzn, u których wzrost trwa dłużej i jest większy, skrzywienie przegrody powinnoby występować rzadziej niż u kobiet Fakty, jak wiemy, przeczą temu. Przeprowadzone przez nas w ostatnich czasach szczegółowe badania przegrody u 367 dorosłych osób dały nam skrzywienie przegrody u mężczyzn w 62%, u kobiet zaś w 50%. Jest to najwyższa cyfra odsetkowa skrzywień przegrody u kobiet. Cyfry poprzednie, zebrane przez jednego z nas, oraz dane *Jurasza* (68,4% mężcz., i 31,6% u kobiet), *Stiera* (79% mężczyzn, 28% kobiet) są znacznie niższe. Teorja *Šercera* faktu tego nie tłumaczy. Widocznie przeto, poza stosunkiem wzrostu wysokości nosa do wzrostu przegrody nosowej muszą istnieć jeszcze inne czynniki, które wpływają na powstawanie skrzywień przegrody. Sądzić należy, że *poza czynnikami embrjonalnemi i fizjologicznemi na zwiększenie częstości skrzywień u mężczyzn muszą wpływać przyczyny częściej występujące u mężczyzn, a więc wszelkiego rodzaju urazy, mogące spowodować zwichnięcie, pęknięcie, lub złamanię przegrody w miejscu najsłabszego uporu. Mogą tu działać również zajęcia zawodowe, pewne rzemiosła i t. p.* Tak *Menzel* zauważył, że tokarze lasek często cierpią na znaczne skrzywienia przegrody wskutek utraty części chrząstki, co widocznie wpływa, jak to *Menzel*, przypuszcza na osłabienie elastyczności przegrody, powodując powstawanie skrzywienia.

Za tem przemawiają jeszcze dane porównawcze skrzywień u mężczyzn i kobiet. U tych ostatnich skrzywienia są nie tylko rzadsze, ale i mniejsze. Wielkie skrzywienia, zupełnie zamykające drogę oddechową i zmuszające do zabiegu operacyjnego u kobiet, zdarzają

się względnie rzadko. Na 79 operacji skrzywień przegrody, dokonanych u mężczyzn w Klinice Wileńskiej w ciągu ostatnich lat 3-ch, przypadało zaledwie 14 operacyj u kobiet. Tak więc teorja ram kostnych powodujących skrzywienia, bardzo ponętna na pierwszy rzut oka, posiada słabe strony, które każą szukać prócz niej jeszcze innych przyczyn powodujących tę anomalję.

Przechodzimy teraz do przedstawienia tego materjału, który był przez nas opracowany w związku z niniejszą pracą. Od lat 3-ch zbieraliśmy ten materjał, dotyczący skrzywień przegrody, w celu ustalenia sobie poglądu na częstość skrzywień w rozmaitych okresach życia, a więc: u dzieci do lat 5-ciu, u dzieci w wieku przedszkola i szkoły powszechnej (6 — 15 lat), wreszcie u osób powyżej lat 15-tu, kiedy w większości przypadków skrzywienia przegrody zostały już ustalone. Dalej zwracaliśmy uwagę na częstość ich u mężczyzn i kobiet, na rodzaj skrzywienia oraz na formę podniebienia twardego w przypadkach skrzywienia przegrody.

Spostrzegane przez nas skrzywienia występowały zarówno w chrząstkowej, jak i w kostnej części przegrody, niekiedy ograniczały się tylko do jednej z tych części, niekiedy występowały w obu razem. Zjawiały się w górnej części przegrody oraz na miejscu połączenia chrząstkowo-sitowo-lemieszowego. Postać ich była łukowata z wygięciem w prawo lub w lewo, kątowata albo esowata, poza tem na miejscu wspomnianego połaczenia oraz poniżej zjawiały się skrzywienia w postaci grzebieni i kolców. Grzebienie powstawały ze zgrubiałego i wygiętego dolnego brzega chrząstki czworokątnej i blaszki prostopadłej oraz górnego brzega rozszczepionego lemiesza. W tych razach kiedy znajdowały się poniżej połączenia, było to zwichnięcie ich z lemiesza. Oprócz tego w przedniej części dość często występowały zwichnięcia traumatyczne przedniego brzegu chrząstki czworokątnej. Jednakże nie wszystkie. skrzywienia tego brzegu należy uważać za zwichnięcia urazowe. W większości przypadków mieliśmy tu do czynienia ze wzmożonym wzrostem chrząstki w kierunku przedniotylnym, na co również zwracają uwagę Passow i Leicher, co powodowało wysunięcie się tego brzega ku przodowi na zewnątrz od jednej z chrząstek skrzydlastych. Za zwichnięcie urazowe można było uważać tylko te skrzywienia przednie w których mieliśmy zboczenia końca nosa w tę lub ową stronę wraz z odpowiedniemi zgrubieniami w przednim końcu zwichniętej chrząstki spowodowanemi stanem zapalnym w następstwie urazu.

Materjał nasz obejmuje 700 osób z tego dzieci od 1 r. do lat 5-ciu 76, od 6—15-tu lat 257, wreszcie powyżej lat 15-tu 367 osób. Rozróżnialiśmy skrzywienia w postaci wygięć łukowatych, esowatych, kątowych, zgrubień, grzebieni, kolców. Zwracaliśmy uwagę na skrzywienia w części chrząstkowej i w części kostnej, przytem notowaliśmy, w którą stronę było zwrócone dane skrzywienie, czy skrzywienie było w górnej czy w dolnej części przegrody, wreszcie notowaliśmy częstość podniebień wysokich łukowatych i ostrołukowych i stosunek ich do skrzywień przegrody. Na tem miejscu musimy zaznaczyć, że twierdzenie *Šercera*, jakoby skrzywienia przegrody w postaci wgięć mogą istnieć bez kolców i grzebieni, grzebieniom zaś i kolcom zawsze towarzyszy wgięcie, w naszych przypadkach nie potwierdziło się; widzieliśmy niejednokrotnie grzebienie przegrody bez wygięć.

Dalej badania nasze uzupełniliśmy szczegółowem rozpatrzeniem 177 czaszek ze zbiorów Zakładu Anatomji Opisowej w Wilnie. Wyniki naszych badań przedstawiają się w sposób następujący.

I. Na 76 przypadków dzieci do lat 5-ciu znaleźliśmy skrzywienia przegrody w 17-tu, co stanowi 22,3%, skrzywień chrząstki było 12. Wprawo 3, wlewo 19, skrzywień w kostnej części 3, z tego wprawo 1, wlewo 2. Skrzywień chrząstki i kości 2, z tego 1 wprawo, 1 wlewo.

Co do rodzaju skrzywień, mieliśmy:

Wygięć łukowatych	10
Wygięć esowatych	2
Zgrubień	1
Grzebienie	3
Kolce	1
W kierunku pionowym było skrzywień	12
W kierunku poziomym „ „	1

Wysokie podniebienie notowano 37 razy w tem: 27 razy łukowate, 10 razy ostrołukowe.

Przy jednoczesnem skrzywieniu przegrody wysokie podniebienie spostrzegaliśmy 13 razy w tem 4 razy ostrołukowe.

Przy przegrodzie normalnej wysokie podniebienie 24 razy w tem ostrołukowe 6 razy.

II. Na 257 przypadków dzieci do dat 15-tu (124 chłopców i 133 dziewczynki) skrzywienie przegrody spostrzegaliśmy 86 razy czyli w 33,4%; u chłopców 42 razy (33,9%), u dziewczynek 44 razy (33%).

U chłopców skrzywień	chrząstki było	29:	wprawo 14	wlewo	15
„ „ „	kostnej części	5	„ 3	„	2
„ „ „	łukowatych mieliśmy	24			
„ „ „	kątowatych „	8			
„ „ „	esowatych „	1			
„ „ „	grzebieni „	7			
„ „ „	kolców „	2			
U dziewczynek skrzywień	chrząstki było	19:	wprawo 7,	wlewo	12
„ „ „	kostnych części	11	„ 5	„	6
„ „ „	chrząst. i kości	14	„ 5	„	9
„ „ „	łukowatych było	21			
„ „ „	kątowatych „	9			
„ „ „	esowatych „	2			
„ „ „	grzebieni „	9			
„ „ „	kolców „	1			

U chłopców wysokie podniebienie notowaliśmy 14 razy (2 ostrołukowe) równocześnie ze skrzywieniem przegrody 4 razy, przy prze grodzie normalnej—10 razy.

U dziewczynek wysokie podniebienie 92 razy (35 ostrołukowe), przytem jednocześnie ze skrzywieniem przegrody 43 razy (14 ostrołukowe) przy przegrodzie normalnej 49 razy.

III. Z 367 osób powyżej 15 lat (195 mężczyzn i 172 kobiety) znaleziono skrzywienie przegrody 206 razy (56%).

U 195 mężczyzn skrzywienie notowaliśmy 120 razy — 62%.
U 172 kobiet „ „ 86 „ — 50%.

U mężczyzn skrzywień	chrząstki było	64,	wprawo 36,	wlewo	28
„ „ „	kostnych części	19	„ 8,	„	11
„ „ „	chrząstki i kości	37	„ 12,	„	25
„ „ „	łukowatych było	66			
„ „ „	kątowatych „	23			
„ „ „	esowatych „	11			
„ „ „	zgrubień „	3			
„ „ „	grzebieni „	9			
„ „ „	kolców „	8			

Wysokie podniebienie — 42 razy (13 ostrołukowe), jednocześnie ze skrzywieniem przegrody 28, przy przegrodzie normalnej—14 razy.

U kobiet skrzywień	chrząstki było	39,	wprawo 28,	wlewo	11
„ „ „	kostnych części	18,	„ 8,	„	10
„ „ „	chrząstki i kości	29,	„ 9,	„	20
„ „ „	łukowatych . . .	49			

U kobiet skrzywień kątowatych . . . 13
„ „ „ esowatych . . . 2
„ „ „ zgrubień 1
„ „ „ grzebieni 12
„ „ „ kolców 9

Wysokie podniebienie stwierdziliśmy 37 razy (14 ostrołukowe) obok jednoczesnego skrzywienia przegrody 22 (8 ostrołukowych) przy przegrodzie normalnej — 15 razy.

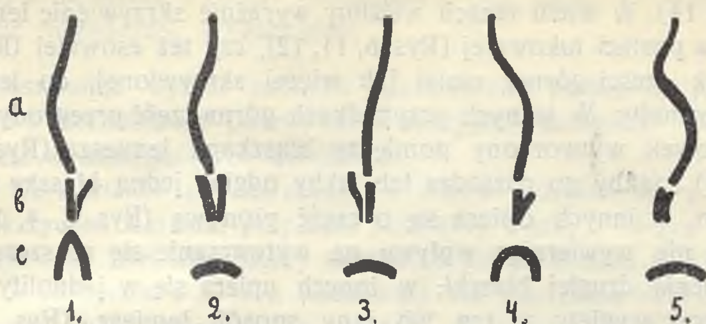
Z otrzymanych danych widać, że liczba skrzywień wogóle jest znaczna, wynosi bowiem 44%, że jednakże niesłusznem jest mniemanie, że liczba skrzywień przewyższa liczbę przegród normalnych. Według naszych obliczeń, słusznem to jest tylko dla dorosłych mężczyzn. U kobiet i dzieci sprawa przedstawia się odwrotnie. Liczba skrzywień z wiekiem stopniowo wzrasta: kiedy u dzieci do lat 5-ciu liczba ta stanowi 22%, od 6 — 15-tu podnosi się do 30, a po 15 wzrasta do 56. W ciągu całego okresu przewaga skrzywień przypada na wiek męski, jednakże w wieku dziecięcym przewaga ta jest stosunkowo niewielka, gdyż pomiędzy 6-ym a 15-ym rokiem wynosi zaledwie 1%, natomiast w starszym wieku wynosi 12%. Ten niski odsetek w naszych wyliczeniach zależy od tego, żeśmy do liczby dorosłych zaliczali wszystkich osobników powyżej lat 15-tu. Gdybyśmy z tej grupy wyróżnili jeszcze okres 5-letni pomiędzy 16-ym a 20-ym rokiem życia, znaleźlibyśmy napewno dla grup starszych różnicę znacznie większą. Mamy tu więc do czynienia jakgdyby z jakąś drugorzędną oznaką płciową, którą, sądzimy, objaśniać należy przeważnie warunkami życia mężczyzn sprawiającemi, że podlegają częściej wszelkiego rodzaju urazom, powodującym skrzywienia przegrody. Na ten wzgląd, sądzimy, dotychczas zwracano zamało uwagi.

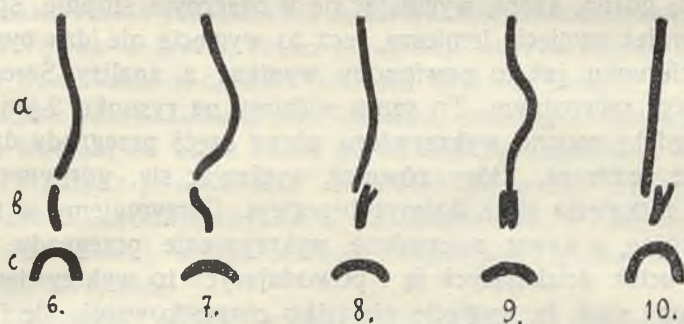
Co do kierunku skrzywień stwierdzić należy, że w naszych spostrzeżeniach przeważają skrzywienia w stronę lewą: Na 309 wszystkich skrzywień 141 (45%) miało kierunek wprawo i 168 czyli 55% miało kierunek wlewo. Cyfry nasze odpowiadają danym Mackenziego, (37% — 63%). Jeszcze większą przewagę skrzywień lewostronnych stwierdziliśmy na badanych czaszkach: na 66 skrzywień, gdzie wyraźnie zaznaczony był kierunek skrzywienia w 20 (30%) było prawostronnych i 44 (70%) lewostronnych. Co powoduje przewagę skrzywień lewostronnych, nie będziemy się silili odpowiedzieć. Być może, mamy tu do czynienia z asymetrją wzrostu prawej i lewej połowy twarzy, co wobec zatrzymania wzrostu ram ograniczających przegrodę powoduje wyginanie się częstsze przegrody wlewo.

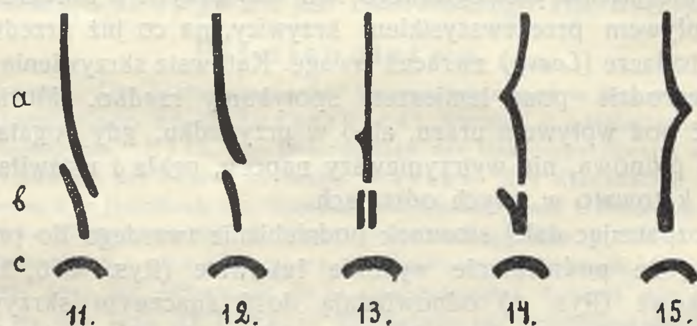
Co się tyczy rodzaju skrzywień to najczęstsze są skrzywienia łukowate (170), dalej idą kątowate (53), później grzebienie (40) potem kolce (21) esowate (18) i wreszcie zgrubienia (7). Należy zaznaczyć, że skrzywienia w większości przypadków są kombinowane: łukowate z grzebieniem lub kolcem, kątowate z grzebieniem, grzebień z kolcem i t. d.

Wysokie podniebienie obserwowaliśmy 222 razy — stanowi to 30%. Jednocześnie ze skrzywieniem występowało 110 razy, czyli 36%. Z danych tych wyciągnąć możnaby wniosek, że wysokość podniebienia wywiera tylko niewielki wpływ na skrzywienie przegrody, zjawia się bowiem tylko w 6% przypadków, częściej przy przegrodach nosowych skrzywionych. Natomiast inaczej nieco sprawa się przedstawia, jeżeli weźmiemy podniebienie ostrołukowe. To ostatnie zjawia się u 5,5% wszystkich badanych, natomiast u osobników ze skrzywieniem przegrody występuje w 11%. Widać stąd, że tego rodzaju podniebienie odbija się na formie przegrody, powodując jej skrzywienie.

Na szczególną uwagę zasługują badania czaszek z muzeum anatomji opisowej. W czaszkach tych w wielu przypadkach z doskonale zachowaną częścią chrząstki czworokątnej z wyraźnie występującym lemieszem widzieć można wyraźnie stosunek tego ostatniego do chrząstkowej i kostnej części przegrody. Na 177 badanych czaszek ludzi dorosłych skrzywienie stwierdziliśmy 75 razy, co stanowi 42%. Skrzywienia przeważnie były również w stronę lewą (58%). Podniebienie wysokie znaleźliśmy w 13,5% wszystkich czaszek i 29% czaszek ze skrzywieniem przegrody. W tym razie związek pomiędzy wysokiem podniebieniem i skrzywieniem przegrody wystąpił zupełnie wyraźnie. Natomiast ostrołukowe podniebienie stwierdziliśmy tylko 2 razy, przytem raz ze skrzywieniem przegrody, drugi raz bez niego. Na czaszkach można doskonale studjować stosunek górnej części przegrody do lemiesza. Ten ostatni w części górnej przedstawia się rozmaicie. W przeważnej liczbie przypadków przedstawia się jako kość jednolita (Rys. 6, 7, 11, 12, 15), w wielu jednakże razach widać na nim wyraźne rozdwojenie na dwie blaszki. Blaszki te w przedniej części wykazują nieraz całkowite rozdwojenie (Rys. 2, 5, 9, 13); niekiedy rozdwojenie występuje tylko w górnej części (Rys. 3, 4, 8, 14), niekiedy dochodzi do połowy (Rys. 1, 10). Zachowanie się obu blaszek bywa rozmaite: niekiedy posiadają kierunek wyraźnie pionowy i przylegają do siebie, niekiedy pochylone są ku sobie, łącząc się pod mniej lub więbej ostrym kątem (Rys. 1, 2, 10), niekiedy jedna blaszka stoi pionowo, a od niej w postaci odnogi odchodzi druga blaszka (Rys.







a. blaszka pionowa kości sitowej
b. lemiesze
c. podniebienie twarde (schemat.).

3, 4, 8, 14). W wielu razach widzimy wyraźnie skrzywienie lemiesza, czy to w postaci łukowatej (Rys. 6, 11, 12), czy też esowatej (Rys. 7.). Stosunek cześci górnej, mniej lub więcej skrzywionej, do lemiesza bywa rozmaity. W jednych przypadkach górna część przegrody wchodzi w rowek wytworzony pomiędzy blaszkami lemiesza (Rys. 1, 2, 5, 9, 13) i jakby go rozsadza lub jakby odgina jedną blaszkę swoim naporem, w innych opiera się o część pionową (Rys. 3, 4, 14) widocznie nie wywierając wpływu na wytwarzanie się rozszczepienia i odchylenia drugiej blaszki; w innych upiera się w jednolity mniej lub więcej wygięty w ten lub inny sposób lemiesz, (Rys. 6, 7). W innych wreszcie omija lemiesz, zupełnie nie stykając się z nim, a przesuwając się z boku od niego. (Rys. 8, 10, 11, 12). Są to zwichnięcia przegrody górnej. Na rysunku 6 widzimy skrzywioną esowato przegrodę górną, która, wyginając się w znacznym stopniu, spowodowała również wygięcie lemiesza, lecz to wygięcie nie idzie bynajmniej w tym kierunku jak to powinnoby wynikać z analizy *Šercera*, ale w kierunku odwrotnym. To samo widzimy na rysunku 7-ym. Widać tam jakgdyby mocno wykrzywiona górna częćś przegrody dążyła na spotkanie lemiesza, który również, wyginając się, górnym końcem dąży do zetknięcia się z dolnym brzegiem. Otrzymujemy w ten sposób potrójne, a nawet poczwórne wykrzywienie przegrody, wytrzymującej ucisk ściskających ją i powodujących to wykrzywienie ram. Wynikałoby stąd, że wygięcie nie tylko chrząstkowatej, ale i kostnej części, zarówno blaszki pionowej, jak i lemiesza jest zupełnie możliwe. Musi się ono wszakże odbywać albo wówczas, kiedy tkanka jest bardziej elastyczna, a więc w wieku młodzieńczym, albo pod warunkiem zmniejszenia patologicznego soli wapiennych w kościach, a więc pod wpływem przedewszystkiem krzywicy, na co już przedtem niektórzy badacze (*Loevy)* zwracali uwagę. Kątowate skrzywienia na górnej przegrodzie poza lemieszem spotykamy rzadko. Musiały one powstać pod wpływem urazu, albo w przypadku, gdy bogata w sole blaszka pionowa, nie wytrzymawszy naporu, pękła i ustawiła się następnie kątowato w swych odłamach.

Rozpatrując dalej stosunek podniebienia twardego do przegrody widzimy, że podniebienie wysokie łukowate (Rys. 4, 6, 10) oraz ostrołukowe (Rys. 1) odpowiadają dość znacznym skrzywieniom i zniekształceniom zarówno lemiesza, jak i górnej części przegrody. Jednakże mamy szereg bardzo wybitnych skrzywień (Rys. 2, 5, 7, 9, 12, 14), gdzie jednocześnie podniebienie jest szerokie, płaskie z lekkiem normalnem wgłębieniem. Widać stąd, że jeżeli wywiera ona ja-

kiś wpływ na formę i postać przegrody i vice versa, to wpływ ten musi być nieznaczny, drugorzędny.

Reasumując wyniki naszych spostrzeżeń i badań, dotyczących przyczyn i mechanizmu powstawania skrzywień przegrody, możemy je streścić w następujących wnioskach.

1) Skrzywienia są najrzadsze w wieku dziecinnym; z latami liczba skrzywień wzrasta, przyczem pomiędzy 6-ym, a 15-ym rokiem życia przewaga niewielka liczby skrzywień jest po stronie płci męskiej (33,9% u chłopców i 33% u dziewcząt). Od tego czasu liczba skrzywień u mężczyzn zwiększa się znacznie, dochodząc do 62%, kiedy u kobiet nie przewyższa 50%.

2) Skrzywienia w stronę lewą są znacznie częstsze niż w stronę prawą (55%, 45%).

3) Skrzywienia powstają nie tylko w części chrząstkowej, ale i w kostnej, zarówno w górnej części przegrody jak i w dolnej (lemiesz).

4) Powstawanie skrzywień lemiesza daje się związać w przeważającej liczbie przypadków z jego budową, złożoną z dwóch zrosłych kostnych blaszek, na które ciśnie górna część przegrody.

5) Przyczyny powstawania skrzywień przegrody należy szukać w zaburzeniach rozwojowych, w dziedziczności, w urazach oraz w pracy zawodowej, w zaburzeniach, związanych z przemianą wapna w kościach (krzywica).

6) Jakkolwiek wpływ podniebienia wysokiego na powstawanie skrzywień przegrody daje się ustalić na podstawie zestawień liczbowych, jednakże analiza pojedyńczych przypadków wysokiego rodzaju skrzywień przy zupełnie prawidłowem szerokiem i niskiem podniebieniu wskazuje, że wpływ ten jest zaledwie drugo albo trzeciorzędny.

Piśmiennictwo.

V. Lange. Die Erkrankungen der Nasenscheidewand w Heymanns Handbuch der Laryngologie. Bd. III. Zuckerkandl. Normale u. patologische Anatomie der Nasenhöhle. Katz. Die Deformitäten der Nasenscheidewand w Handbuch der Chirurgie der oberen Luftwege. Passow. Die Krankheiten der Nasenscheidewand w Handbuch der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde v. Denker u. Kahler. J. Szmurło. Podręcznik chorób nosa i jamy nosowogardłowej. 1926 r. J. Sędziak. Choroby nosa. Doumengue. Configuration de la voûte palatine dans ses rapports avec les difformités de la cloison nasale. Annales des mal. de l'oreille et du nez. 1823. O. Hirsch. Ein Beitrag zur Entstehung der Deviatio septi. Monatschr. f. Ohrenh 1925 str. 1057. Sercer. Die formale und causale Genese der physiologishen Nasenscheidewandverbiegungen. Havelock Ellis. Man and Woman, tłum. ros. R. Martin. Lehrbuch der Anthropologie. H. Briggs. The evolution of the human face. Annals of otology Rhin. a. Lar. 1928. str. 1110.

		Skrzyw. przyr.	W ohrząst. części		W kostn. części		W kostn. i chrząstk.		Rodzaj skrzywień						Podniebienie wysokie	
			wprawo	wlewo	wprawo	wlewo	wprawo	wlewo	łukow.	kątow.	esowat.	zgrub.	grzebień.	kolcow.	przy skrzywieniu przegrody	przy równej przegrodzie
Do lat 5 76		17	3	9	1	2	1	1	10	—	2	1	3	1	13 (łuk. — 9, got. — 4)	24 (łuk. — 18, got. — 6)
Od 6 do 15 lat 257	chłopców 124	42	14	15	3	2	1	7	24	8	1	—	7	2	4 (łuk. — 4)	10 (łuk. — 8, got. — 2)
	dziewcząt 133	44	7	12	5	6	5	9	21	9	2	2	9	1	43 (łuk. — 29, got. — 14)	49 (łuk. — 28, got. — 21)
Dorosłych 367	mężczyzn 195	120	36	28	8	11	12	25	66	23	11	3	9	8	28 (łuk. — 19, got. — 9)	14 (łuk. — 10, got. — 4)
	kobiet 172	86	28	11	8	10	9	20	49	13	2	1	12	9	22 (łuk. — 14, got. — 8)	15 (łuk. — 9, got. — 6)
Razem — 700		309	88	75	25	31	28	62	170	53	18	7	40	21	110 (łuk. — 75, got. — 35)	112 (łuk. — 73, got. — 39)
Czaszki — 177		75	—	—	20	44	—	—	46	11	11	—	7	—	22 (łuk. — 21, got. — 1)	24 (łuk. — 23, got. — 1)

Z Kliniki Otolaryngologicznej Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie.
Kierownik Prof. Dr. *J. Szmurło.*

O amyloidzie podstawy języka i krtani.

podał Dr. KONSTANTY SAWICZ
Asystent Kliniki.

Sprawa chorobowa, którą zamierzamy opisać, jest rzadko spotykana, jeszcze rzadziej opisywana. Pojedyńcze guzy amyloidowe spotyka się od czasu do czasu w różnych narządach, np. w nosie, krtani, tchawicy i t. d. W naszym natomiast przypadku mamy tę samą sprawę jednocześnie w krtani i na podstawie języka.

Pollack zebrał od 1875 roku do 1915 wszystkie przypadki amyloidu górnego odcinka dróg oddechowych (50 przypadków) przyczem zaznacza, że trudno jest podać ich ogólną charakterystykę. Sprawa ta przeważnie dotyczy mężczyzn i to w wieku późniejszym, $^{3}/_{4}$ wszystkich chorych stanowili mężczyźni, z tego $^{2}/_{3}$ w wieku 50 do 80 lat. Najmłodszy wiek, w którym spotykano amyloid, był między 20 a 30 rokiem życia i to znane są tylko 2 takie przypadki. *Menzel* podaje przypadek amyloidu tchawicy u mężczyzny 20-letniego. *Holmgren* podał przed kilku laty opis przypadku amoloidu nosa: po lewej stronie guz tworzył się 10 lat i zajął podniebienie miękkie, skąd przedostał się do prawej połowy nosa. *Fleischmann* miał pacjenta z amyloidem krtani. Był to guz wielkości orzecha włoskiego, wychodzący z przedniego spoidła i wypełniający górną część kieszonki Morgagniego, szerzący się na tylną ścianę. *Gordon New.* zebrał 46 przypadków, z których Pollackowi nieznanych było 9. *Ecoffeys* podaje, że zmianom amyloidowym może ulegnąć również tkanka nerwowa, co się zdarzyło w jednym opisanym przezeń przypadku. *Schilde'r* podaje ciekawy przypadek amyloidu tchawicy. Chory 54-letni mężczyzna cierpiał od kilku lat na wzrastającą trudność oddychania. Stridor szczególnie silny podczas wdechu, przy wydechu mniejszy. Od pół roku trudność ta wzrosła do tego stopnia, że chory nie mógł się nachylić, aby przytem nie utracić oddechu, natomiast aby móc wykonać tę czynność, zmuszony był klęknąć i dopiero, wyprostowawszy górną część ciała, mógł wykonywać pracę na ziemi. Spać mógł tylko w pozycji siedzącej. Przy badaniu górnych dróg oddechowych autor stwierdził: na prawej i tylnej ścianie tchawicy, a mianowicie na przejściu jej w krtań znajduje się półkolisty guz wielkości małego orzecha, koloru czerwonego

o nierównej powierzchni i na szerokiej podstawie. Światło tchawicy jest o $^{2}/_{3}$ mniejsze od normy. Usunięto część guza i poddano badaniu histo-patologicznemu, które wykazało amyloid tchawicy.

Według *Hornowskiego*, Skrobiawica (Amyloidosis), jest to nazwa niewłaściwa wprowadzona przez Virchowa, gdyż substancja znajdowana w narządach podległych tym zmianom nie ma nic wspólnego ze skrobią. Bardzo blizko do zmian skrobiowatych, czyli amyloidowych, stoi zwyrodnienie szkliste tkanki łącznej. Zwyrodnieniem szklistem (degeneratio hyalinea) nazywamy zeszkliwienia tkanki łącznej włóknistej i naczyń krwionośnych, wywołane przez odkładanie się bezkształtnych, bliżej nam nieznanych chemicznie substancyj białkowych, na cienkich włókienkach, tworzących wiązki tkanki łącznej włóknistej, lub na pojedyńczych włókienkach w naczyniach krwionośnych, w tkance siateczkowatej i naokoło naczyń włosowatych. Takie włókienka łączno-tkankowe mają wygląd szerokich włókien jednolicie szklistych. Zmiany amyloidowe polegają także na odkładaniu się substancyj białkowych pomiędzy włókienkami tkanki łącznej, w ścianach naczyń krwionośnych i chłonnych. Zasadnicza różnica między zmianami skrobiowatą i hyalinową jest ta, że pierwsze dają nader rozpowszechnione zeszkliwienie, zaś hyalinizacja nigdy nie jest tak rozlana, tak dalece rozpowszechniona, jak amyloidoza. Tkanka hyalinowa barwi się mocno, eozyną na różowo, a fuksyną na czerwono, natomiast nie daje odczynu metachromazji, który jest charakterystyczny dla zmian amyloidowych i polega na tem, że tkanki barwią się na niebiesko, fioletowo lub zielono, zależnie od barwika, jakiego używamy (błękit wielobarwny, tionina, fiolet goryczkowy i metylowy, zieleń jodowa i metylowa), zaś amyloid na amarantowo lub rubinowo. (*Opoczyński*).

Tkanki zmienione skrobiowato barwią się jodem na kolor mahoniu, który (po uprzedniem wypłókaniu ze krwi), przy następczem zadziałaniu 0,5 % H_2SO_4 stopniowo nabiera barwy zielonkawej, fioletowej i niebieskiej. Odczyny te zależą od obecności w amyloidzie kwasu chondroitynsiarkowego. *Schmidt* mówi, że aby mógł powstać amyloid, potrzeba: 1) białka miejscowego, 2) kwasu chondroitynsiarkowego, 3) zaczynu łączącego i wytwarzającego amyloid, który według *Dawidsohna* jest zawarty w śledzionie, *Schmorl* przypuszcza, że metachromazja zależy od długiego leżenia w formalinie. *Frank* zaś utrzymuje, że metachromazja zależy od rodzaju bakteryj wytrwarzających amyloid. Zmiany amyloidowe w ustroju mogą wy-

stępować w dwu postaciach: 1) skrobiawica miejscowa, 2) skrobiawica ogólna.

Kliniczne rozpoznanie amyloidozy jest nadzwyczaj trudne i o amyloidozie możemy mówić z pewnością wtedy, kiedy będziemy mieli dodatnie odczyny barwne o których wspomnieliśmy wyżej. *Gilze* stawi rozpoznanie skrobiawicy przyżyciowo zastrzykując do tkanki 1 % czerwień kongo.

Etjologja amyloidozy nie jest nam dokładnie znana i różni autorowie różnie się na tę sprawę zapatrują. Wiemy, że w pewnym związku ze sprawą amyloidową stoją: 1) Chroniczne sprawy ropne, toczące się (szczególnie w kościach i chrząstkach, chondroproteid), bakteryjne i niebakteryjne. 2) Gruźlica, oraz kiła, zwłaszcza jeżeli są umiejscowione w kościach. 2) Nowotwory wyniszczające ustrój. 4) *Uffenorde* podaje, że u nauczycieli i śpiewaków, drażniących często gardło powstać może amyloidoza, ale odnosi się to tylko do krtani. *Askenazy* również konstatuje związek między zwiększoną funkcją narządów, a tworzeniem się substancji amyloidowej.

Są dwa poglądy na sprawę powstawania, zmian amyloidowych. Jedni twierdzą, że jest to nacieczenie zapalne i jako dowód przytaczają: grupowanie się amyloidu naokoło naczyń krwionośnych, np. amyloid w jaglicy. Drudzy zaś mówią, że jest to zwyrodnienie, gdyż amyloid, jako nierozpuszczalny w sokach ustrojowych nie może być przenoszony. Najwięcej zwolenników ma teorja zapalna powstania amyloidu. Według *Holmgrena* paznokcie o kształcie szkiełka zegarkowego i miażdżyca naczyń żylnych często występują w skrobiawicy. Sprawa amyloidowa raz rozpoczęta, zawsze i stale postępuje naprzód, utrudnia odżywianie tkanek i wywiera na nie ucisk, wskutek czego następuje ich zanik. Amyloid nigdy się nie wsysa i wkońcu doprowadza do śmierci, (skrobiawica ogólna), chociaż nie wytwarza jadów.

Nasz przypadek dotyczy 24-letniego chorego Mowszy Gar—za, stolarza ze Stołpców. Choroba jego rozpoczęła się przed dwoma laty chrypką po przeziębieniu. Obecnie pacjent uskarża się na ciągle wzmagającą się chrypkę i utrudniony oddech. W dzieciństwie przebywał płonicę. Chorób wenerycznych nie przechodził. Alkoholu nie nadużywał. Uprzednio palił niedużo, lecz od roku przestał zupełnie palić. Rodzice żyją i są zdrowi, dziedzicznie nie jest obarczony. Zajmuje się stolarką, kawaler. *Status praesens.* Budowa prawidłowa, odżywianie umiarkowane, skóra normalnie zabarwiona, elastyczna, gruczoły chłonne nie powiększone. W narządach wewnętrznych,

oprócz nieznacznego zaostrzenia szmeru oddechowego w prawym szczycie innych zmian nie stwierdzono. Tętno 60 regularne, umiarkowanie napięte. Zaburzeń ruchowych ani czuciowych nie stwierdzono, odruchy ścięgnowe, skórne i z błon śluzowych zachowane. Nos zewnętrznych zmian nie przedstawia. Badanie wziernikiem wykazało: znaczne skrzywienie przegrody nosowej w lewo, śluzówka w prawym przewodzie nosowym sucha, na lewej małżowinie środkowej ropna wydzielina. Diafanoskopja wykazała lekkie zaciemnienie przednich sitowych zatok z lewej strony, szczękowe i czołowe jasne. Obie błony bębenkowe bliznowato - zmienione, wciągnięte. Słuch nieco upośledzony. W jamie nosowo-gardłowej widać trochę wydzieliny ropnej. Tylna ściana gardła w górnej części suchawa. Na podstawie języka w środkowej części, trochę w prawo, widzimy twardą guzowatość wielkości dużego orzecha laskowego, o powierzchni nierównej, zlewającej się z otaczającą tkanką. W krtani widać guzowatość na tylnej ścianie i na lewem więzadle rzekomem, zasłaniającą w znacznym stopniu głębsze części krtani. Klinicznie narazie rozpoznania pewnego nie postawiono, przypuszczano guz amyloidowy. Odczyn B. Wassermanna (słabo dodatni). Guz na podstawie języka ścięto konchotomem, wydobyto również (Prof. Szmurło) kawałek z nacieku na tylnej ścianie krtani i z lewej struny rzekomej. Krwa-



Rys. 1.

wienie było bardzo nieznaczne. Guz przy ścinaniu okazał się dość twardym. Wycięte kawałki zostały poddane badaniu histopatologicznemu. Skrawki zabarwione metodą Van - Giesona przedstawiały bezkształtne masy, porozrzucane w zdrowej tkance, barwiące się jednolicie na kolor brudno-żółty, co nasuwało przypuszczenie, że ma się do czynienia z degeneratio hyalinea, dopiero barwienie fioletem gencjany i wystąpienie metachromazji dało nam niezbity dowód, że mamy tu do czynienia z amyloidozą języka i krtani. Pod mikroskopem widoczne są bezkształtne masy zabarwione rubinowo, porozrzucane ogniskami w większym lub mniejszym skupieniu w zdrowej tkance zabarwionej na fioletowo.



Rys. 2.

Opisany przez nas przypadek ciekawy jest z dwuch względów: po pierwsze zmiany amyloidowe wystąpiły jednocześnie w górnych drogach oddechowych (krtań) i w górnych drogach pokarmowych (podstawa języka). W dostępnej mi literaturze otolaryngologicznej opisu podobnego przypadku nigdzie nie spotkałem. Po drugie, cierpienie rozpoczęło się w wieku młodym, gdyż chory ma 24 lat, a wiemy, że amyloidoza występuje dopiero w wieku późniejszym 50—80 lat (*Pollack*). Nasz przypadek wystąpienia amyloidu w tak

wczesnym wieku jest dopiero trzecim wypadkiem notowanym w literaturze.

Co do leczenia, to przy ograniczonej formie guz można usunąć operacyjnie, natomiast przy rozlanej i infiltracyjnej *Wilimann* stosuje naświetlanie promieniami Röentgena. *Schlemer* przez posypywania miejsca zmienionego amyloidowo, ulsaniną Mandla, wyleczył amyloidozę podstawy języka.

Wymieniony pacjent zgłosił się po raz pierwszy 24/II, 1927 r. Wtedy wycięto mu jak wyżej zaznaczyłem, guz z podstawy języka, oraz częściowo guzowatość z krtani, poczem chory czuł się lepiej, został więc wypisany z zaznaczeniem żeby się za miesiąc zgłosił. Po powtórnem przybyciu stwierdzono te same dolegliwości co poprzednio, oraz dalszy rozrost guzowatości tak na podstawie języka, jak i w krtani, wobec czego zaproponowano choremu usunięcie tych guzów z krtani drogą laryngofissury, na co się chory nie zgodził i opuścił Klinikę.

W końcu pozwalam sobie wyrazić podziękowanie, Kierownikowi Kliniki Prof. Szmurle za materjał dany mi do opracowania, oraz za udzielanie mi podczas pracy cennych wskazówek, oraz Prof. Opoczyńskiemu, Kierownikowi Zakł. Anatom. Patolog. U.S.B. w Wilnie, za udostępnienie mi korzystania z Bibljoteki swego Zakładu oraz pomoc w przygotowaniu, barwieniu i rozpoznaniu przeparatów.

Literatura.

1) P. Schilder — Uber einem Fall von lokalem Amyloid des Zungengründes. Zieglers Beitr. Bd. 46. 2) Paul Manasse — Uber multiple Amyloidgeschwülstre der oberen Luftwege. Vrchows. Arch. Bd. 159 s. 117. 1900. 3) Herxheimer — Uber multiple Amyloidtumoren des Kehlkopfs u. der Lunge. Virchows. Arch. Bd. 745130. 4) M. B. Schmidt — Uber die lokalen Amyloidtumoren der Zunge. Virchows. Arch. Bd. 143. 1896. 5) Pollack Eugen. — Beiträge zur Kenntnis der Amyloidtumoren der Luftwege und der Mundrachenhohle. Zeitschr. f. Laryng. Bd. VII. 1915. 6) Glockner — Uber lokales tumorförmiges Amyloid. der Trachea u. der Grossen Bronschien u. dadurch bednigte Lnryngo-Tracheostenose Virchows Arch. Bd. 160. 1900. 7) Gilze — P. H. van u. J. T. Hagen: Vitale Färbung von lokalem Amyloid. des Kehlkopfes. Monatschr. f. ohrenheik. u. laryngo-rhin. Jg. 60 H. 7. 1926. 8) Werner — Frage der Amyloidtumoren der oberen Speise u. Luftwege. Zentralblatt f. Ohren u. Rhin.-Laryng. Bd. 24. 1928. 9) Hornowski — Anatomja Patologiczna. 10) Opoczyński — Djagnostyka histopatologiczna.

Z kliniki oto-laryngologicznej U. S. B. Kierownik Prof. Dr. *J. Szmurło.*

O leczeniu argyrolem i pokrewnemi preparatami przewlekłego ropienia zatok bocznych nosa i ozeny.

podał Dr. BENEDYKT DYLEWSKI.
Asystent Kliniki.

Zapoczątkowane przez *Dowlinga* leczenie ropień jam bocznych nosa preparatami srebra koloidalnego za pomocą wkładania do nosa wacików nasyconych lekiem, zyskuje coraz to większą liczbę zwolenników. Dr. *Rozwadowski* z naszej Kliniki na podstawie leczenia tym sposobem 24 przypadków ropień zatok bocznych nosa doszedł do wniosków, zachęcających do dalszego stosowania tego leczenia. Tampony z argyrolem wg. *Dowlinga* zakładane są przez lekarza nad i pod muszlę środkową nosa, i pozostawiane tam na przeciąg $^1/_2$—1 godziny. Takie zakładanie powtarza się jeden, lub dwa razy na tydzień, w przypadkach zaś uporczywych nawet częściej. Jednakże ten sposób leczenia, pomimo swej skuteczności, ma pewne niedogodności dla chorego, który zmuszony jest często i przez długi okres czasu systematycznie chodzić do lekarza, a potem przez godzinę siedzieć w poczekalni z tamponem w nosie. Po założeniu tamponu z nosa zwykle wypływa dość obfita, przeważnie śluzowa wydzielina, zabarwiona argyrolem na czarno, walająca często twarz i ubranie chorego. Dlatego też znaczna liczba chorych przy pierwszych objawach polepszenia zaniedbywa systematycznego leczenia i tylko w rzadkich przypadkach kuracja bywa doprowadzona do końca. Dla osiągnięcia tym sposobem dobrych wyników w przypadkach przewlekłego ropienia, o które najbardziej chodzi, potrzebny jest długi szereg miesięcy systematycznej kuracji. Praktyka pokazała, że w przerwie między wizytami u chorego w zatokach i nosie zbiera się zwykle duża ilość ropnej wydzieliny, która się usuwa przed następnem zakładaniem wacików. W trakcie takiego leczenia często nasuwało się przypuszczenie, że przyczyną tak powolnego ustępowania objawów chorobowych jest zbyt rzadkie zakładanie leku, który w dodatku zbyt krótko pozostaje w zetknięciu ze schorzałą śluzówką zatok. Zwykle chorzy w ciągu jednego, a czasami dwóch dni po założeniu argyrolu czują znaczną poprawę, ustają bóle głowy, ustępują katary i zatkanie nosa, ilość ropnej wydzieliny z nosa znacznie się zmniejsza. Po krótkim jednak czasie wszystkie objawy powracają no nowo. Przychodzić do lekarza zaś częściej, niż 2 razy tygodniowo chorzy bardzo rzadko

się zgadzają, bądz to z przyczyn materjalnych, lub z braku czasu. Wzorując się na leczeniu nieżytów cewki moczowej, pęcherza, macicy, pochwy przez gynekologów, a głównie przez wenerologów, którzy mają największe doświadczenie w leczeniu nieżytów błon śluzowych i to przeważnie również przeparatami srebra, postanowiłem w odpowiedni, analogiczny sposób zmodyfikować leczenie schorzałej śluzówki nosa i jego jam dodatkowych. Chodziło o to, by lekarstwo jaknajczęściej i najdłużej pozostawało w zetknięciu ze schorzałą śluzówką, by stan śluzówki bez przerwy się polepszał, a ilość i jadowitość drobnoustrojów stale się zmniejszała. Najlepiejby to można było osiągnąć za pomocą częstego zastrzykiwania lekarstwa do jam bocznych nosa. Jednakże ten sposób leczenia znowu wymaga częstego chodzenia do lekarza i prócz tego nie do wszystkich zatok można lekarstwo łatwo wstrzykiwać. Nie pozostawało więc nic innego, jak nauczyć chorego, by sam sobie często zakładał do nosa lekarstwo i to w ten sposób, by ono działało przez czas dłuższy na schorzałą śluzówkę nosa i jego jam dodatkowych. Najdogodniejszym do tego sposobem okazało się właśnie zakładanie leków do nosa na wacikach kilka razy dziennie na przeciąg $^1/_2$ — 1 godziny. Doświadczenia wykazały, że z tamponów środki lecznicze dostają się do jam bocznych nosa czy to drogą mechanicznego wyciskania lekarstwa z tamponów podczas zakładania ich do nosa, bądź też drogą wsysania przez ujścia zatok, bądź też obiema drogami jednocześnie. Dla przekonania się o dostawaniu się argyrolu z tamponów do zatok szczękowych przerobiłem następujące próby. Chorym cierpiącym na przewlekłe ropienie zatoki szczękowej zakładałem pod muszlę środkową strony chorej wacik zmoczony w 10% rozczynie argyrolu, argocolu lub corgolu. Po upływie pół godziny, po usunięciu wacika wyciągałem z chorej zatoki szczękowej ropę za pomocą przekłucia strzykawką Rekord pod muszlą dolną po uprzedniem akuratnem wyczyszczeniu przewodu nosowego dolnego. W ropie, wyciągniętej z zatoki pod mikroskopem zawsze można było stwierdzić kupki brunatnego barwika, takiego samego, jaki stwierdzamy w ten sposób w ropie, umyślnie zmieszanej z argyrolem. Następnie zastrzykiwałem pod muszlą dolną za pomocą strzykawki Rekorda do zdrowych zatok szczękowych kilka cm^3 wody przekroplonej, tak, by woda sama wyciekała przez igłę z zatoki. Nie wyciągając igły z zatoki wciskałem na zgłębniku pod muszlę środkową tampon, umoczony w 10% argyrolu i po upływie jednej minuty z powrotem wysysałem strzykawką wodę z zatoki. W olbrzymiej większości przypadków w takich doświadczeniach płyn, który przed

założeniem lekarstwa wypływał z zatoki przez igłę całkiem przezroczysty, już po upływie jednej minuty po założeniu argyrolu zabarwiał się na żółto. Przekonawszy się naocznie o szybkiem i łatwem przedostawaniu się argyrolu do zatoki szczękowej, zacząłem uczyć chorych, by sami zakładali sobie tampony z lekarstwem do nosa. Zwykły zgłębnik główkowaty z nacięciami na końcu skracałem w zależności od wielkości nosa do długości 8 — 10 cm. tak by wystający po założeniu do nosa koniec sondy wystawał nie więcej, niż na 1 — 2 cm. Nakręciwszy na tę sondę watę, maczałem ją w 10% Argyrolu, lub Argokolu i wkładałem do nosa, wciskając watę pod muszlę środkową, lub w razie potrzeby — między muszlę środkową, a przegrodę. Czasami trzeba było dla łatwiejszego dostępu, po znieczuleniu, nieco skręcić w stronę przegrody muszlę środkową. Zakładałem tę sondę kilka razy bez znieczulenia śluzówki nosa kokainą, by chory sam poczuł i uświadomił sobie, gdzie leży tampon. Potem chory próbował sam sobie zakładać tampon w to samo miejsce. Za każdym razem sprawdzało się, czy chory należycie założył sondę, i pouczało się go, jakie i w jakim kierunku ruchy powinien wykonywać sondą, by dobrze włożyć tampon. Zwykle po 3—4 takich posiedzeniach każdy, nawet mało inteligentny chory, uczy się doskonale zakładać sobie wacik we właściwe miejsce. Ten wacik pozostaje w nosie pół godziny, poczem chory go wyciąga za wystający z nosa koniec sondy. Po założeniu wacika choremu zaleca się spokojnie siedzieć, lub leżeć w łóżku. Przy obustronnych schorzeniach zatok chorzy jednocześnie zakładają tampony do lewej i prawej połowy nosa. Większość mych chorych zakładała do nosa tampony rano i wieczór, leżąc w łóżku. Takie leczenie nie jest uciążliwe i zwalnia chorego od częstego chodzenia do lekarza. W ten sposób leczyłem 7 przypadków przewlekłego ropienia zatok bocznych nosa, przeważnie szczękowych i 4 przypadki nieżytu cuchnącego nosa, przy którym wyżej wskazane leczenie daje również dobre wyniki.

Przypadek I. 13.I — 27. P. K. 21 lat, studentka, od 4-ch lat cierpi na częste katary z obfitą, gęstą ropną wydzieliną. Miewa okresowe bóle głowy, przeważnie po prawej stronie. **Stan obecny.** Narządy wewnętrzne bez zmian. Nos: strona lewa—normalna. Strona prawa: przewody nosowe miernie szerokie. Gęsta ropna wydzielina pod prawą muszlą środkową i na prawej—dolnej. Rynoskopja tylna wykazuje nieco ropy w nozdrzach tylnych. Gardło: przerost grudek chłonnych na tylnej ścianie. Prześwietlanie wykazało wyraźne zaciemnienie prawej zatoki szczękowej. Po usunięciu ropy z nosa, po nie-

jakim czasie znów się ukazuje wydzielina ropna pod muszlą środkową prawą. Rozpoznano: *przewlekłe ropne zapalenie prawej zatoki szczękowej.* Zastosowano leczenie argyrolem. Zakładano w Klinice 2 razy tygodniowo pod muszle środkowe waciki, zmoczone w 10% roztworze argyrolu. Po upływie pół godziny tampony te usuwano. Z prawej strony argyrol na tamponie stale się odbarwiał, z lewej zaś — pozostawał nieodbarwiony.

7.II—27. Przez 3 tygodnie chorej zakładano do nosa tampony z argyrolem. Badanie stwierdziło pod i nad muszlą środkową prawą półpłynną ropną wydzielinę. Przekłucie próbne prawej zatoki szczękowej dało płyn ropny w niedużej ilości. Zalecono i nauczono zakładać pod muszlę środkową w domu tampony z 10% argyrolem dwa razy tygodniowo na przeciąg pół godziny.

19.II. Nieco ropnej wydzieliny w okolicy prawej muszli środkowej. Podczas przekłucia pod muszlą dolną prawej zatoki szczękowej—ropy w niej nie stwierdzono. Roztwór kali hypermarganicum, którym przemywano zatokę, wypływał z powrotem nie odbarwiony. Bóle głowy u chorej powtarzają się bardzo rzadko. Niema już obfitej wydzieliny ropnej z nosa.

Chora w dalszym ciągu zakłada sobie akuratnie przez 3 miesiące pod muszlę środkową tampony z argyrolem, pokazując się od czasu do czasu w Klinice. Za każdym razem stwierdzano pod, lub na muszli środkowej nieco ropnej wydzieliny. Parokrotne przekłucie zatoki szczękowej ropy w niej nie wykazywało. Bóle głowy zupełnie ustąpiły. Od dłuższego czasu niema już zapachu z nosa.

3. VI. Chora zupełnie pozbyła się katarów. Czuje się dobrze. Wydzieliny ropnej od miesiąca w nosie nie stwierdzano. Prześwietlenie zatok bocznych nosa wykazało nieznaczne (w porównaniu z przeciwną stroną) zaciemnienie prawej zatoki szczękowej. Zaprzestano dalszego leczenia.

14. VI. W nosie zmian patologicznych nie stwierdzono. Wydzieliny ropnej brak. Samapoczucie chorej dobre.

Przypadek II. 24.II.—27. T. Marja 15 lat. od paru lat cierpi na stałe zatkanie nosa, cuchnienie z nosa i utratę powonienia. Narządy wewnętrzne—bez zmian. Nos: obrzmienie muszel dolnych i środkowych. Strupy pod muszlami środkowemi. Obie zatoki szczękowe przy prześwietlaniu ciemne, przyczem lewa zatoka bardziej zaciemniona, niż prawa. Rozpoznano: *Empyema antri zeighmori bilateralis.* Nauczono chorą zakładać w domu pod muszle środkowe

waciki zmoczone w 10 % roztworze argyrolu dwa razy dziennie na przeciąg pół godziny.

6. III. Chora odzyskała powonienie, czuje się znacznie lepiej. W nosie pod lewą muszlą środkową trochę śluzowo-ropnej wydzieliny. Strona nosa prawa — normalna. Więcej chora do Kliniki nie zgłaszała się.

Przypadek III. S. Wulf 14 lat, uczeń. Od paru lat cierpi na częste bóle głowy i cuchnienie z nosa. 22. VI — 27. Narządy wewnętrzne — bez zmian. Nos: przewody nosowe szerokie. Dużo strupów pod muszlami środkowemi. Po usunięciu strupów wymyto przez normalny otwór z prawej jamy szczękowej dużo cuchnącej ropy. Z lewej jamy szczękowej roztwór kali hypermarganici wypływał podczas przemywania zatoki odbarwiony, ale bez zapachu. Prześwietlanie wykazało zaciemnienie obu zatok szczękowych. Rozpoznano: *przewlekłe ropne zapalenie zatok szczękowych.* Nauczono chorego zakładać w domu pod muszle środkowe tampony z argyrolem.

27. VI. Pod prawą muszlą środkową trochę ropnej wydzieliny. Cała muszla środkowa prawa błyszcząca, sucha. Po stronie lewej wydzieliny niema.

4. VII. Wydzieliny w nosie brak. Od kilku dni chorego już nie boli głowa. Zapach z nosa ustąpił.

14. VII. Wydzieliny w nosie niema. Muszle normalnie wilgotne. Przemywanie zatok ropy w nich nie wykazało. Chory czuje się zupełnie dobrze. Więcej się do Kliniki nie zgłaszał.

Przypadek IV. Chora K. lat 43. 14. VII—27 zgłosiła się na przyjęcie do Poradni Polskiego Zrzeszenia Lekarzy Specjalistów w Wilnie ze skargami na stały, przykry zapach z nosa. Od dwóch lat leczy się u szeregu lekarzy. Jeden z nich stwierdził nieżyt cuchnący nosa i oznajmił chorej, że jest to choroba nieuleczalna, zalecając systematyczne oczyszczanie nosa od strupów celem zmniejszenia cuchnienia. To orzeczenie lekarza tak na chorą podziałało, że dostała drgawek w twarzy. **Stan obecny.** Chora, osoba inteligentna, bardzo nerwowa. Daje się zauważyć częste kiwanie głową. Narządy wewnętrzne—bez zmian. Uszy, gardło, krtań—norma. Nos: śluzówka nosa suchawa. Przewody nosa drożne, dość szerokie. W miernej ilości strupy w przewodach dolnym i środkowym. Pod muszlami środkowemi także nieco płynnej ropy, jak również i nad muszlą środkową lewą.

Brak w tym przypadku wyraźnego zaniku muszel nasunął myśl

o schorzeniu zatok. Prześwietlanie wykazało wybitne zaciemnienie zatok szczękowych, szczególnie prawej. Podczas punkcji próbnej zatoki szczękowej prawej usunięto z niej dużo nadzwyczaj cuchnącej ropy. W lewej zatoce przemywanie ropy nie wykazało. Rozpoznano: *przewlekłe ropne zapalenie zatok szczękowych i komórek sitowych lewych.* Zaproponowano chorej zabieg operacyjny. Narazie, do chwili otwarcia Klinik po ferjach letnich, po kilkakrotnych przemywaniach zatok, zaczęto leczyć chorą za pomocą zakładania do nosa tamponów z 10 % argyrolem. Z początku zakładano pod muszle tampony raz, a potem—dwa razy dziennie.

22. VII. Po tygodniu leczenia znikł przykry zapach z nosa. Pod muszlami środkowemi jeszcze się stwierdza ropna wydzielina w nieznacznej ilości.

29. VII. Wydzieliny w nosie po stronie prawej—brak. Z lewej zaś strony jeszcze się stwierdza trochę ropnej wydzieliny nad i pod muszlą środkową. Przekłucie prawej zatoki szczękowej ropy nie wykazało.

15.VIII. Chora czuje się zupełnie dobrze. Cuchnienia z nosa już dawno niema. Oddech przez nos swobodny. Ropy w nosie nie stwierdzono. Muszle mają wygląd normalny, miernie wilgotne. Przewody nosowe drożne.

29.VIII. Chora tylko od czasu do czasu zakłada lekarstwo do nosa. Wydzieliny w nosie brak. Zatoki przy prześwietlaniu—jasne.

Po miesiącu chora zawiadomiła, że się czuje zupełnie dobrze. Na katary już więcej nie cierpi, cuchnienia z nosa brak. Lekarze, do których się chora udawała nie stwierdzili w nosie żadnych objawów chorobowych.

Przypadek V. M. Zofja 17 lat, uczenica. Od 3-ch lat ma zapach i ropienie z nosa. Nos stale założony. **Stan obecny.** 15.VI. Narządy wewnętrzne—bez zmian. Nos: muszle środkowe nieco powiększone, dolne zaś, odwrotnie — zmniejszone. Przewody dolne szerokie. Błona śluzowa nosa i tylnej ściany gardła suchawe. Dużo gęstej, ropnej wydzieliny w obu przewodach nosowych. Prześwietlanie wykazało zaciemnienie obu zatok szczękowych. Podczas próbnego przekłucia wydobyto z obu zatok ropę. Nauczono chorą zakładać pod muszle środkowe 2 razy dziennie na pół godziny tampony z argyrolem. Po kilku zakładaniach zapach z nosa ustąpił.

28.VI. Chora zupełnie swobodnie oddycha przez nos. Znikło w nosie i w gardle uczucie suchości. Strona lewa nosa przedstawia

się normalnie. Małżowiny wilgotne. Wydzieliny brak. Po stronie prawej pod małżowiną nieco płynnej ropnej wydzieliny.

10. VII. Chora 4 dni nie zakłada argyrolu. Czuje się dobrze. Nos drożny, zapachu niema. Tylko od czasu do czasu zjawia się z nosa śluzowo-ropna wydzielina. Badanie po stronie prawej ropy nie wykazało, natomiast pod muszlą środkową lewą stwierdzono sporo śluzowo-ropnej wydzieliny. Przekłucie próbne ujawniło w obu zatokach szczękowych dużo ropy. Zaproponowano operację, na którą chora się nie zgodziła.

W tym przypadku leczenie argyrolem usunęło głównie subjektywne objawy chorobowe. Ustąpiło cuchnienie, oddech przez nos stał się wolnym. Znikła suchość w nosie i gardle. Chora uważała się za wyleczoną, jednakże w obu zatokach stwierdzono ropę.

Przypadek VI. S. Jadwiga 23 lat. Przybyła do Kliniki ze skargami na częste katary nosa. Nos: strona lewa—norma. Po stronie prawej śluzówka muszel i tylnej ściany suchawa. Pod prawą muszlą środkową nieco ropy i małe suche strupki. Przewód dolny dość szeroki. Gęsty śluz na tylnej ścianie gardła. Podczas rynoskopji tylnej stwierdzono w choanach śluzowo ropną wydzielinę. Zaciemnienie prawej zatoki szczękowej. Próbne przekłucie prawej jamy Highmora wykazało obecność ropy. Zaproponowano leczenie operacyjne, na które jednakże chora się nie zgodziła. Wówczas zaczęto w Klinice zakładać chorej do nosa tampony z 10 % argyrolem na przeciąg 1 godziny.

27. VI. Chora kilka razy przychodziła do kliniki na argyrol. Ropienie z nosa i katary nie ustają. Dołączyły się do tego silne bóle głowy nad ranem. Nauczono chorą zakładać w domu pod muszlą środkową tampony z 10% argyrolem.

27. VIII. Po dwumiesięcznem, codziennem, dość akuratnem zakładaniu do nosa argyrolu chora czuje znaczną ulgę. Bóle głowy ustąpiły, katarów niema, oddychanie przez nos wolne. W nosie po prawej stronie pod środkową muszlą płynna ropna wydzielina. Śluzówka nosa i tylnej ściany gardła już nie jest sucha, a normalnie wilgotna. Przekłucie wykazało w prawej zatoce szczękowej znaczną ilość ropnej cuchnącej wydzieliny. Powtórnie zaproponowano chorej leczenie operacyjne. Więcej chora się nie zgłaszała do Kliniki.

Przypadek VII. R. Marja 20 lat, szwaczka. Od roku cierpi na przykry zapach z nosa. **Stan obecny.** 15.XII—25. Narządy wewnętrzne — bez zmian. Nos szeroki, spłaszczony, kaczkowaty.

Muszle nosowe cienkie, małe, blade. Śluzówka nosa i tylnej ściany gardła sucha, błyszcząca. Małżowiny środkowe i tylne końce dolnych są pokryte suchą ropną wydzieliną. Na ścianach tchawicy pod strunami przyschnięty śluz. Prześwietlanie wykazało zaciemnienie obu zatok szczękowych. Podczas próbnego przekłucia wydobyto z nich cuchnącą, ropną wydzielinę. Rozpoznano: przewlekłe, ropne zapalenie obu zatok szczękowych i zanikowy nieżyt nosa. Zastosowano zakładanie do nosa argyrolu 1 raz tygodniowo na przeciąg 1 godziny.

15. III — 26. Chorej przez trzy miesiące akuratnie zakładano w Klinice co tydzień argyrol do nosa. Do ostatniej chwili podczas każdej wizyty stwierdzano w nosie dużo ropnej wydzieliny i cuchnące strupy. Zastosowano systematyczne oczyszczanie nosa z wydzieliny i pędzlowanie rozczynem Lugolu (2%).

21. IV. Chora akuratnie co tydzień zgłaszała się do Kliniki i sama w domu przemywała nos roztworem boraksu. Przy badaniu stwierdza się w nosie z obu stron dużo ropnej wydzieliny. Znów zaczęto zakładać do nosa raz tygodniowo 10% argyrol i następnie argocol. Trzymiesięczne podobne leczenie ulgi chorej nie przyniosło. Wciąż się wydziela dużo ropy. Cuchnienie utrzymuje się nadal.

2. X. Po ferjach letnich chora znów się zgłosiła na przyjęcie do Kliniki. W nosie z obu stron dużo strupów i półpłynnej, cuchnącej ropnej wydzieliny. Nauczono chorą zakładać w domu 2 razy dziennie tampony z 10% argyrolem.

7. XI. Po miesiącu leczenia chora czuje znaczną poprawę. Cuchnienie znikło. Zjawiła się płynna śluzowa wydzielina, której przedtem nie było. Ropy wydziela się znacznie mniej. Błona śluzowa muszel i przegrody szaro-różowa, miernie wilgotna. Strupów brak. Pod obu muszlami środkowemi znajduje się płynna ropna wydzielina.

12. III — 28. Chora od czasu do czasu, nie regularnie zakłada do nosa argyrol. Pod małżowinami środkowemi trochę ropy. Strupów i cuchnienia brak. Śluzówka nosa wilgotna.

21. IX. Po dłuższej przerwie w leczeniu znów się zjawiła większa ilość ropnej wydzieliny. Naogół chora stwierdza znaczne polepszenie. Od roku niema cuchnienia z nosa i uczucia suchości w gardle. Oddech przez nos wolny.

W tym przypadku prócz ropnego zapalenia zatok mamy też wszystkie objawy nieżytu cuchnącego nosa. Po 7 miesięcznej systematycznej kuracji argyrolem na tamponach w domu nastąpiła zna-

czna poprawa. Stosunkowo dobry stan nosa chora nadal podtrzymuje rzadkiemi zakładaniami argyrolu do nosa.

Z siedmiu przypadków przewlekłych ropień z zatok bocznych nosa w trzech (43%) mieliśmy wyleczenie. Które w pierwszym przypadku nastąpiło po 4 miesiącach, a w trzecim i czwartym—po dwóch miesiącach leczenia. Wprawdzie, wobec krótkiego czasu obserwacji, nie możemy jeszcze tu mówić o stałem, zupełnem wyleczeniu. Jednakże w dwa miesiące po zaprzestaniu leczenia u tych chorych nie stwierdzono nie tylko subjektywnych objawów chorobowych, lecz i objektywne sposoby badania nie wykazywały więcej sprawy chorobowej. Kilkakrotne prześwietlanie i przekłucie zatok ropy w nich już nie stwierdzało. W czterech innych przypadkach wszędzie nastąpiło znaczne polepszenie. Bóle głowy i zapach z nosa ustępowały, ilość wydzieliny ropnej znacznie się zmniejszała, tak że większość tych chorych uważała się za wyleczoną i na operacje się nie zgadzała. Jednakże do zupełnego wyleczenia w tych przypadkach nie doszło. W 6 przypadku po trzech miesiącach leczenia, a w 7 nawet po upływie trzech lat osiągnięto tylko zmniejszenie wszystkich objawów chorobowych. Zauważyliśmy, że łatwiej poddają się leczeniu te przypadki, w których wskutek stałego ropienia z zatok nie doszło jeszcze do zaniku błony śluzowej nosa.

W następujących przypadkach stosowaliśmy leczenie domowe argyrolem przy cuchnącym nieżycie nosa.

Przypadek I. B. Romuald, 18 lat, uczeń. Od kilku lat cierpi na zatkanie i cuchnienie z nosa. **Stan obecny.** 25-II—28. Narządy wewnętrzne — bez zmian. Nos: Przewody nosowe szerokie, wypełnione cuchnącemi strupami. Po usunięciu głównej masy strupów stwierdzono jeszcze strupy i na przegrodzie. Śluzówka nosa i gardła sucha. Strupy na stropie nosogardła. Zatoki boczne nosa przy prześwietlaniu okazały się jasne. Prześwietlanie zatok bocznych nosa przez otwory naturalne ropy w nich nie wykazało. Rozpoznano: *nieżyt cuchnący nosa.* Leczył się przedtem przemywaniami, wdmuchiwaniem do nosa cukru i autochemoterapją. Po pierwszych pięciu zastrzykach krwi czuł znaczną poprawę. Strupów tworzyło się mniej, nos stał się drożniejszy. Jednakże wkrótce potem znów zaczęły się masami tworzyć strupy w nosie i gardle i dalsze zastrzykiwania własnej krwi już nie skutkowały. Następnie przychodził chory kilkanaście razy do Kliniki na zakładanie do nosa tamponów z argyrolem. Po tych tamponach następowała zwykle krótkotrwała poprawa.

Zjawiała się w nosie wydzielina płynna, na krótki czas zmniejszało się cuchnienie. Zalecono i nauczono chorego zakładać w domu do nosa dwa razy dziennie na pół godziny tampony z 10% argyrolem. Po dwutygodniowem leczeniu zapach z nosa ustąpił. Strupy prawie że się przestały tworzyć. Chory zaczął swobodnie oddychać przez nos. Wkrótce chory zupełnie zaprzestał zakładania do nosa tamponów z argyrolem, ale po tygodniowej przerwie znów zaczęły się tworzyć w nosie strupy, co zmusiło chorego znowu do zakładania lekarstwa.

25. IV. Po dwumiesięcznej kuracji argyrolem stwierdzono małe strupki w okolicy małżowin środkowych, tamże trochę płynnej ropnej wydzieliny. Przegroda wilgotna, bez strupów o normalnem zabarwieniu. Cuchnienia brak. Okazało się, że chory ostatnio zakładał lekarstwo do nosa tylko 1 raz tygodniowo rano i wieczór. W ten sposób chory, jak się wyrażał „opanował chorobę", swobodnie oddychał przez nos, nie miał strupów i cuchnienia i zaczął znowu przebywać w towarzystwie kolegów szkolnych, których przedtem musiał unikać z powodu silnego cuchnienia z nosa. Zalecono choremu znów codziennie zakładać do nosa tampony i zjawić się za miesiąc, przerwawszy leczenie na kilka dni przed przyjściem do Kliniki.

19. V. Strupów i cuchnienia niema. Nieco płynnej ropnej wydzieliny pod małżowiną dolną prawą. Lewa małżowina dolna pokryta jest cienką warstwą gęstawego śluzowo-ropnego nalotu. Przerwano leczenie argyrolem.

25. V. Pod obu muszlami dolnemi trochę półpłynnej ropnej wydzieliny. Strupów niema. Śluzówka przegrody i muszel wilgotnawa. Jednakże odczuwa się z nosa lekki zapach. Zalecono choremu nadal zakładać do nosa 1 raz na tydzień tampony z argyrolem przez całe lato.

Przypadek II. B. Zofja 18 lat, szwaczka. Od dwóch lat zasycha w nosie, wydzielają się duże strupy. Przykry zapach z nosa, osłabienie powonienia.

Stan obecny. 12. III. Narządy wewnętrzne bez zmian. Nos: Muszle w stanie zaniku. Śluzówka nosa sucha. Strupy na muszlach i dnie nosa. Cuchnienie. Leczono chorą za pomocą systematycznego oczyszczania nosa od strupów i pędzlowania 2% roztworem Lugola. W domu chora wpuszczała sobie do nosa Algorhinę.

12. VI. Stan w nosie ten sam. Na 2 — 3 dzień po oczyszczeniu, nos zwykle nanowo wypełnia się strupami. Zalecono i nauczono chorą zakładać w domu do nosa tampony z Argyrolem 2 razy dziennie na pół godziny.

W trzy tygodnie potem przy spotkaniu chora powiedziała, że się czuje zupełnie dobrze. Powonienie wróciło. Strupów w nosie niema. Chora tylko od czasu do czasu zakłada lekarstwo do nosa, kiedy zauważy zapach z nosa.

W tym przypadku, jak i w poprzednim widzimy, że w pierwszych tygodniach leczenia cuchnienie ustąpiło, powonienie wróciło. Ogólny stan nosa tak się poprawił, że chora zaniedbała akuratnego leczenia, i tylko przy wystąpieniu zapachu z nosa używa lekarstwa.

Przypadek III. Antoni K. 14 lat, uczeń, leczy się w Kasie Chorych od dłuższego czasu z powodu cuchnącego nieżytu nosa. Najwięcej mu pomaga systematyczne zakładanie do nosa 10% argocolu, na które prawie codziennie przychodzi. **Stan obecny.** 3.-IX. Z karty chorobowej widać, że miał pełno strupów w nosie i znaczne cuchnienie. Obecnie przewody nosowe są szerokie, małżowiny suchawe, zanikłe. Na bocznych ścianach nosa podczas każdej wizyty stwierdza się dość znaczna ilość półpłynnej ropnej wydzieliny. Zalecono i nauczono chorego zakładać do nosa tampony z 10% argocolem dwa razy dziennie na przeciąg pół godziny.

18.IX. Chory dobrze się nauczył zakładać lekarstwo. Zadowolony jest z wyników leczenia i jednocześnie z tego, że nie potrzebuje tracić czasu na częste chodzenie do Kasy Chorych. Przy badaniu nosa stwierdzono: błona śluzowa muszel i przegrody już nie jest taką bladą jak przedtem, a raczej nieco zaczerwieniona i wilgotna. Strupów niema, cuchnienia — również. Jednakże w przewodach, przeważnie dolnych, jest nieco śluzowo-ropnej wydzieliny. Chory znikł z pod obserwacji.

W tym przypadku widzimy również znaczną poprawę przy leczeniu nieżytu cuchnącego nosa za pomocą preparatu srebra koloidalnego, Argocolu, wyrobu krajowego. Ten preparat działa tak samo, jak i argyrol. Za radą jednego z lekarzy, który z dobrym wynikiem sam się leczy argocolem z powodu przewlekłego ropnego zapalenia zatok szczękowych — obecnie zapisuję chorym zamiast argyrolu krajowy preparat argocol.

Przypadek IV. J. Jadwiga, 19 lat, uczenica. Od paru lat cierpi na ropienie, zapach z nosa i utratę powonienia.

Stan obecny. 7. VI—27. Narządy wewnętrzne — bez zmian. Nos: Suche strupy pod lewą muszlą środkową i półpłynna ropna wydzielina pod obu muszlami dolnemi. Po lewej stronie muszle w stanie dość znacznego zaniku, po prawej zaś muszla środkowa

zanikła, mała, a dolna — odwrotnie, nieco jakby powiększona, obrzmiała. Błona śluzowa nosa sucha. Odczuwa się znaczne cuchnienie z nosa. Zatoki boczne nosa przy prześwietlaniu — jasne. Przy przemywaniu zatok szczękowych przez dość szerokie otwory naturalne, ropy nie stwierdzono. Rozpoznano: *ozoena incipiens*. Zalecono i nauczono chorą zakładać do nosa na pół godziny tampony z 10% argyrolem.

13. VI. Strupy już się nie tworzą. Ropna wydzielina pod muszlami dolnemi. Cuchnienie.

15. VI. Chora podaje, że powonienie wróciło. Cuchnienie jeszcze jest, ale bardzo nieznaczne. Strupów i ropnej wydzieliny w nosie nie stwierdzono.

21. VI. Prawa połowa nosa przedstawia się zupełnie normalnie. Muszle wilgotne. Wydzieliny brak. Pod i na muszli środkowej lewej trochę gęstej, ropnej wydzieliny. Zalecono przerwać leczenie i zgłosić się po tygodniu.

25. VI. Prawa strona jak i przedtem — normalna. Po lewej zaś stronie cała małżowina dolna pokryta ciągnącą się śluzowo-ropną wydzieliną. Zapachu z nosa niema. Zalecono zakładać w domu argyrol do nosa 1 raz na tydzień.

W naszych przypadkach nieżytu cuchnącego nosa, leczonych preparatami srebra koloidalnego wprowadzanego na wacikach, chorzy stosowali ten środek zbyt krótko, by mówić o możliwości zupełnego, trwałego wyleczenia w ten sposób choroby. Jednakże nasze obserwacje wykazują, że podobne leczenie daje dobre wyniki, i to nawet w pierwszych tygodniach leczenia: utracone powonienie może wrócić, strupy się już nie tworzą, zjawia się w nosie płynna śluzowa wydzielina, sprawiająca choremu ogromną ulgę. Cuchnienie z nosa znacznie się zmniejsza, lub zupełnie ginie. Ogólne samopoczucie chorego znakomicie się poprawia. Wraca spokój wskutek przeświadczenia, że się posiada środek, który wprawdzie nie usuwa cierpienia całkowicie ale znosi (czasami na długo) przykre objawy chorobowe. Często poprawa bywa tak znaczna, że chorzy uważają się za wyleczonych i zaprzestają dalszej kuracji. Dwoje z mych chorych sami zaczęli rzadziej zakładać do nosa argyrol. Jedna chora zakładała go tylko od czasu do czasu, w razie zjawienia się cuchnienia. Drugi chory nie mógł robić dłuższych od tygodnia przerw w leczeniu, gdyż w przeciwnym razie znów zaczynało cuchnąć z nosa. Dla trzeciej chorej sam zaleciłem w końcu zakładać argyrol tylko 1 raz tygodniowo wobec znacznej poprawy w nosie. W ten sposób

chorzy nawet w daleko posuniętej sprawie chorobowej bez wielkiego trudu mogą utrzymać nos w stosunkowo dobrym stanie. W początkowych zaś okresach nieżytu cuchnącego nosa podobne systematyczne leczenie preparatami srebra na tamponach, możliwie, że może dopomóc ustrojowi do całkowitego wyleczenia choroby.

Wszystkie opisywane dotychczas przypadki zapalenia przewlekłego zatok bocznych nosa i nieżytu cuchnącego nosa, leczone preparatami srebra koloidalnego przemawiają za wielką skutecznością takiego leczenia. Jednym z najbardziej praktycznych sposobów wprowadzenia lekarstwa do nosa jest zaproponowane przez Dowlinga zakładanie do nosa na czas dłuższy wacików, przepojonych odpowiednim środkiem leczniczym. Stosowanie zaś tych tamponów na krótkich sondach, zakładanych do nosa przez samego chorego w domu, kilka razy dziennie — daje jeszcze lepsze wyniki, gdyż wówczas lekarstwo szybko się dostaje do zatok nosa (głównie szczękowych) i przez czas dłuższy i z małemi tylko odstępami w czasie pozostaje w zetknięciu ze schorzałą błoną śluzową nosa i jego jam bocznych.

Doświadczenia wykazały, że zagraniczny preparat „Argyrol" w zupełności może być zastąpiony przez krajowe wyroby srebra koloidalnego Argocol Corgol i t. p.

Piśmiennictwo.

1. Dowling. The Larynoskope Nr. 1926. 2. Rozwadowski. Polski Przegląd Otolaryngologiczny Nr.

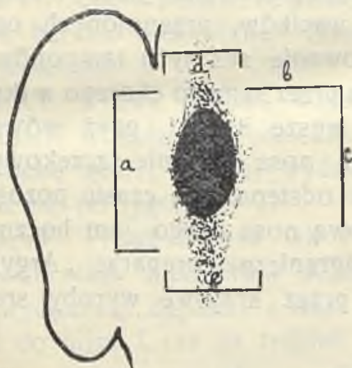
Z kliniki otolaryngologicznej U. S. B. w Wilnie. Kierownik Prof. *J. Szmurło.*

D-r T. WĄSOWSKI.

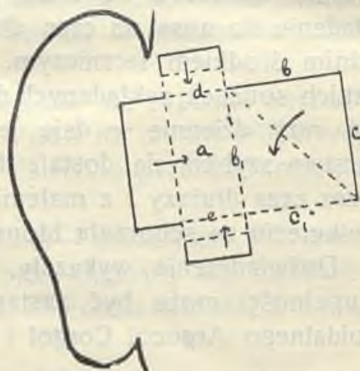
Metoda plastycznego zamknięcia otworu za uchem powstałego po zabiegu doszczętnym.

Plastyczne zamknięcie otworu za uchem powstałego po operacji doszczętnej bywa nieraz nad wyraz trudne. W małych otworach doskonałe wyniki otrzymujemy od sposobów plastyki Frey'a, Mosetig-Moorhof'a, Ombredanne'a. Nadaje się tu również metoda płatów skórno-okostnowych Passow'a. Dla zamknięcia otworów większych z rozmaitych sposobów zasługują na uwagę podane przez Preysing'a, Laurens'a, jednak w przypadkach dużego zbliznowacenia skóry dookoła otworu możemy obawiać się zaburzeń w odżywianiu płata wewnętrznego i ropienia w szwach od wewnątrz. W tych przypadkach lepsze usługi oddają chirurgowi metody Ruttin'a Alexander'a, Heine'go,

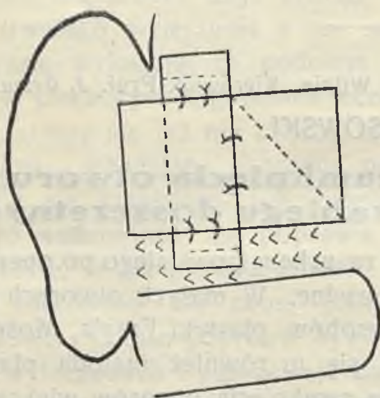
wreszcie Mouret i Seigneurin'a, gdyż tu warunki odżywiania płatów są dobre, co zapewnia powodzenie zabiegu. Jedyną wadą tych ostatnich sposobów jest to, że powodują one przyciągnięcie małżowiny usznej ku tyłowi i zbliżenie jej do wyrostka sutkowego, co u kobiet ze względów kosmetycznych może mieć pewne znaczenie. Te właśnie rozważania zmusiły mnie do zastosowania w jednym przypadku dużego otworu pooperacyjnego za uchem u dziewczynki 16 lat innej metody plastycznej, która dała mi zupełnie dobry wynik tak pod względem zagojenia, jak też wymagań kosmetycznych.



Rys. 1



Rys. 2.


Rys. 3.


Rys. 4.

Jak widać z załączonych rysunków, nakreślamy dookoła otworu cztery płaty skórne (3 prostokątne — a, d, e; 1 — trójkątny — bc) (rys. 1), odwracamy je w kierunku otworu, tak iż płat a przykrywa

go całkowicie, płaty d i e zamykają go od góry i dołu; płat bc odwracamy w ten sposób, że brzeg b zajmuje pozycję b, zbliżając się do brzegu wolnego płata a (rys. 2). Po nałożeniu szwów (tylko przez tkankę podskórną, nie przenikając skóry), jak to widać na rys. 3, otrzymamy całkowite zamknięcie otworu. W celu zakrycia powstałego



Rys. 5.

braku skóry, wycinamy pod nim płat poprzeczny z podstawą tuż za płatkiem usznym (rys. 3), nożycami Cooper'a scinamy naskórek między nim a brakiem skóry, który mamy na celu przykryć, poczem odwracamy ten nowy płat ku górze, jak to wyobraża rys. 4 i nakładamy szwy skórne (rys. 5).

Polskie Towarzystwo Otolaryngologiczne.

Posiedzenie z dn. 31.III 1927.

1) *Czarnecki* przedstawia przypadek wilka nosa.

Chory, lat 37, 1½ roku temu zauważył, że mu „coś przeszkadza w nosie". Po pewnym czasie sprawa przeszła na górną wargę; leczył się w szpitalu w Krakowie, ale bez skutku. Obecnie widać całkowite zniszczenie chrzęstnej części przegrody nosowej wraz ze skórą w dolnej części nosa oraz szereg blizn na wardze górnej. Cz. uważa cierpienie za wilk i ma zamiar skierować chorego do szpitala Ś-go Łazarza celem leczenia lampą łukową.

Dyskusja.

Dobrowolski: wilk rozpoczyna się na skórze. Raczej jest to gruźlica.

Chorążycki uważa przypadek za typowy wilk, a że cierpienie rozpoczęło się nie na skórze, przemawia to tylko za bezpodstawnością starego poglądu, że pęcherzyca, wilk i twardziel rozpoczynają się zwykle na skórze.

2) *Pęski*. Kilka słów o dalszych losach przedstawionego na poprzedniem

posiedzeniu chorego z nowotworem języka, leczonym radem. Zmiany na języku, które obserwowaliśmy miesiąc temu w postaci dużego owrzodzenia i nacieczenia brzegów tego owrzodzenia przeważnie w przednim kącie jego, traktowaliśmy jako następcze po nieodpowiedniem stosowaniu radu. Szanowni koledzy jednak zgodzili się ze mną, że należy w każdym razie zrobić nowy wycinek i zbadać drobnowidowo. Otóż dokonałem wycięcia obu brzegów nacieczonych, brzegi połączyłem szwem, a wycinek oddałem do zbadania Dr. Kuligowskiemu. W ciągu kilku dni rana zgoiła się *per primam*. Wynik badania drobnowidzowego był poniekąd niespodzianką: „gruźlica". Chory już od dłuższego czasu lekko gorączkował, lecz tłumaczyłem to wsysaniem się produktów rozpadu tkanki po radzie i ropiejącą raną. Obecnie ten stan podgorączkowy utrzymuje się. W gardzieli na łuku lewym zjawiły się drobne gruzełki i obrzmienie śluzówki charakterystyczne dla gruźlicy. Obecnie cały przebieg choroby jest dla mnie jasny, mianowicie: 1) owrzodzenie niewielkie, które prawie nie dokuczało choremu przed zastosowaniem radu, było owrzodzeniem gruźliczem; 2) lekarz, który zastosował rad, nie miał dostatecznych danych dla takiej interwencji; 3) samo podejrzenie złośliwości nowotworu nie daje prawa do stosowania środków, tak silnie działających (w danym przypadku rad); 4) jeżeli było „podejrzenie" „złośliwości" nowotworu i odpowiedź patologoanatoma „papilloma" była dla ordynującego lekarza wątpliwą, należało dokonać powtórnego wycięcia i zbadania. Ogólny stan chorego jest dobry, obecnie jest on już w drodze do Nervi, gdzie zamierza kontynuować leczenie słońcem. Kilka naświetlań lampą Landeckera przed wyjazdem dało znaczne polepszenie.

Dyskusja.

Hellin przytacza z literatury francuskiej sprawozdanie o pięciu przypadkach postaci brodawczakowej gruźlicy języka. Hellin uważa, że w przypadku kol. P. igły radowe leżały za długo.

3) *Pieniążek*: a) Referat o preparacie, *przedstawionym na poprzedniem posiedzeniu; b) Z kazuistyki szpitala im. Karola i Marji*:

a) obce ciała usunięte z gardzieli, zatoki gruszkowatej, krtani (skorupka jajka symuluje naloty dyfterytyczne), przełyku (przeważnie monety).

b) 8-letn. dziecko otruło sią ługiem w 1-m roku życia; przed kilku dniami przywieziono je z obcem ciałem w przełyku (pestka śliwki).

c) 4-letn. dziecko intubowane połknęło sznurek rurki.

d) 8-mies. dziecko z brodawczakami krtani. Rentgen.: twór pozamostkowy. Po 3-ch dniach usunięto część grasicy. Po 24 godz. śmierć.

e) dziecko 12-letnie z adenopatją okołooskrzelową. Wyłuszczenie migdałków. Temp. (38^0) spadła.

f) dziewczynka 9-letn. W roku 1920 — *mastoiditis, antrotomja sin. mastoiditis dext.*, lecz bez operacji. 1926 r. — *mastoiditis sin.*, opuszczona górna ściana. Oper. doszczętna zachowawcza w ziarninie wykryto zmiany gruźlicze.

g) dziecko 13-letnie. *Otitis med. chron.*, *tumor retroauricularis*.

Temp. 38.5. Po operacji spadek ciepłoty, ale 8.IX już posocznica. Powtórna operacja, podwiązanie, propidon, środki wewnętrzne, zastrzyknięcie terpentyny (5,0) 21.IX; 24.IX spadek ciepłoty; ropień na miejscu zastrzyknięcia. Wyzdrowienie.

Dyskusja.

Gottfryd — w ziarninie po mastoiditis nie są rzadką rzeczą zmiany gruźlicze. Recydywy po oper. *mast.* są częste.

Posiedzenie naukowe 28.IV 1927.

1) *Czarnecki* pokazał kobietę 46-letnią z nowotworem prawej choany. Prawa połowa jamy nosowej niedrożna. Tkanka nowotworowa na dotyk krwawi. Jednocześnie chora się skarży na ognisko stwardniałe w prawym sutku. Kol. Cz. przypuszczając, że ma do czynienia z nowotworem złośliwym, zastosował naświetlania promieniami Roentgena, poczem nowotwór zupełnie znikł.

Dyskusja.

Chorążycki widział chorą przed naświetlaniami i potwierdza dodatni wpływ promieni Roentgena.

Karbowski: polipy na tle zawiązków zarodkowych dają krwotoki. (Hyperne phromat).

Pęski twarde fibromaty przestrzeni noso-gardz. dają również silne krwotoki. W choanach może być to samo. Może i tutaj mamy do czynienia z fibroma multiplex.

Meyerson: rezultat leczenia Roentgenem trudno przewidzieć. Tutaj wynik był doskonały. Wogóle należałoby sprecyzować dawkę i sposób stosowania promieni Roentgena.

2) *Koenigstein* przedstawił przypadek beztamponowego leczenia rany po operacji doszczętnej na wyrostku sutkowym. 20-letnia panna z perlakiem ucha i objawem przetokowym była operowana przed niespełna miesiącem doszczętnie. Plastyka była robiona według Pansego, rana za uchem z góry była zeszyta, u dołu sączkowana. Po drugim opatrunku chora, kilka razy dziennie, zaczęła przemywać ranę operacyjną przez przewód $^1/_4$ % roztworem chloraminy. Roztwór ten odznacza się silną własnością odkażającą i sprzyja narastaniu nabłonka. Przy wziernikowaniu ucha widać tu i owdzie zdrowy nabłonek, gdzieniegdzie sterczą jeszcze miejsca pokryte ziarniną. Aczkolwiek jama pooperacyjna jest zwężona, jednak należy podnieść nadzwyczajną wygodę dla chorego i bezbolesny sposób opatrywania rany pooperacyjnej. K. radzi wypróbować działanie chloraminy na większym materjale klinicznym.

Dyskusja.

Sinołęcki stosuje już bardzo dawno leczenie bez tamponady po operacji doszczętnej z raną zaszytą. Jaka ma być zasługa nowego preparatu (chloraminy)? W danym wypadku niema jeszcze zupełnego zagojenia.

Gottfryd: ziarnina wypełnia jamę bębenkową.

Meyerton: już przed 15 laty obserwował przypadki leczone w ten sposób.

Pęski: jest za tamponadą i za plastyką Stackego.

Hellin: w 1909 r. ogłosił pracę o leczeniu bez tamponady.

Chorążycki: rana pooperacyjna w danym wypadku wygląda właśnie tak, jak wygląda przy niedbałem tamponowaniu. Trudno jakoś przyjąć za zasadę to, co długi czas uważano za niedokładność. Prawdopodobnie stosunkowo mało przypadków da się po operacji doszczętnej szybko wyleczyć bez tamponowania.

Korbowski: często stosuje leczenie bez tamponady i uważa, że budowa kości skroniowej odgrywa tu rolę. Przy eburnizacji gojenie idzie szybciej.

Lubliner: preparat (chloramin) daje chlor in statu nascendi, na czem prawdopodobnie polega jego działanie. Kwestja leczenia bez tamponady mogłaby być tematem specjalnego odczytu.

3) *Meyerson* pokazał rentgenogramm, na którym granice wszystkich jam obocznych uwydatniają się wyjatkowo wyraźnie.

Posiedzenie naukowe 27.X 1927 r.

1) *Hellin* pokazał chorego, któremu usunął modzelowatość krtani (stwierdzoną na podstawie badania drobnowidowego), która szczególnie silnie rozrosła się na prawej strunie głosowej W. kilka tygodni po usunięciu modzelowatości, zjawiło się porażenie prawego m pierścienno-nalewkowego tylnego. Zwężenie głośni jest wskutek tego b. znaczne, duszność występuje jednak tylko przy wchodzeniu na schody kilkopiętrowe.

Co do leczenia, to możnaby pomyśleć o usunięciu zwężenia albo za pomocą przeszczepienia chrząstki, albo kości wziętej z żebra lub piszczeli po pharyngotomji, lub o wycięciu chrząstki nalewkowatej.

Referent prosi kolegów o wypowiedzenie się w tej sprawie.

D y s k u s j a.

Lubliner: Od czasów Frydrichowskich (t. j. choroby cesarza Fryderyka III) przywykliśmy zapatrywać się na pachydermję z następczą nieruchomością struny jak na sprawę złośliwą. To nie jest zwyczajny niedowład m. postici.

Karbowski: Przypadek ten przypomina te ciekawe przypadki, w których należy rozpoznać między luesem, a carcinoma.

Pieniążek: Pachydermje w rodzaju opisanej przez kol. Hellina, zwykle się kończą rakiem.

Koenigstein: Pachydermja u starszych ludzi zwykle jest zwiastunem raka. Badanie drobnowidowe nie jest miarodajne.

Kmita: Przypadek, który wyglądał jak sprawa peritonsillarna, okazał się złośliwym sarkomatem.

Żebrowski: Nacieczenie w danym wypadku już jest prawdopodobnie nacieczeniem rakowatem. Co robić? przedewszystkiem Wassermanna. W razie potrzeby tracheotomję i powtórną próbną excyzję.

Pęski: Już warto tracheotomję i nawet laryngofissurę zrobić, następnie zastosować rad.

Hellin: Wassermann był robiony, 3 butelki jodu chory wypił. Nie przypuszczam, żeby tutaj był rak. Próbne excyzje były dość głęboko robione. Rad może dać obrzęk, tak że warto byłoby wpierw tracheotomję zrobić.

2) *Tryjarski* przedstawił dłuta-haki własnego pomysłu, służące do usuwania wewnętrznej ściany zat. Highmora po uprzednim jej przebiciu trójgrańcem Veleminsky'ego mniejszego kalibru. Powyższe dłuto-hak ma tę wyższość nad dotychczas stosowanym konchotomem wygiętym, że znacznie przyśpiesza tempo operacji, a w razie skrzywienia przegrody vis a vis zatoki, jest niezastąpionem, czyniąc zbędnem uprzednie operowanie przegrody w obecności ropy.

3) *Karbowski* (Bronchografja).

Po omówieniu techniki wprowadzenia płynów kontrastowych ze specjalnem uwzględnieniem metody poprzezgłośniowej (transglottidalnej), prelegent zwraca uwagę na niektóre momenty techniczne, ułatwiające wprowadzanie płynów zwyczajną strzykawką krtaniową i tem samem czyniące zabieg ten nie przykrym dla chorego. Na szeregu klisz demonstruje prelegent oskrzele wypełnione płynem kontrastowym; na niektórych z tych klisz płyn kontrastowy wypełnił również i oskrzele górne wraz z jego rozgałęzieniami. Na zakończenie zademonstrowane zostały klisze przypadków patologicznych rozszerzenia oskrzeli (rozpoczynając od najłagodniejszych, kończąc na bardzo ciężkich postaciach rozszerzeń torbiastych).

Dyskusja.

Tryjarski robił wlewanie przy pomocy bronchoskopu dla celów djagnostycznych.

Żebrowski przypomina, że łatwo byłoby za pomocą dyrektoskopu Haslingera robić wlewania.

Karbowski nie przecenia metody i dodaje, że warto byłoby dojść do tego, żeby można było wprowadzać środki lecznicze do płuc.

Posiedzenie naukowe 24.XI 1927 r.

1) *Lubliner. 2 przypadki ropni mózgowych.*

a) Chory S. A. l. 29, przybył do szpitala 22 Lipca 1927 r. Ropienie ucha od 5 r. życia. W r. 19 dur wysypkowy, poczem następuje pogorszenie i stale się leczy w kasie chorych. W ciągu ostatniego tygodnia gorączka, dreszcze, silne bóle głowy i wymioty. Wydzielina uszna cuchnąca. Wygładzenie fałdy nosowowargowej. Słuch — 0. Zaburzenia mowy. Lekkie zamroczenie. Silne bóle poza gałką oczną, nad oczodołem i nad lewem uchem. Badanie neurol.: pareza prawostronna n. twarzowego. Prawy odruch brzuszny — 0, prawy Babiński dodatni. Prawy stopotrząs, lewy odruch plant. w fleksji. Oczy błądzą poziomo. Lekki obrzęk tarczy lewej oraz liczne wybroczyny na siatkówce dookoła tarczy zwłaszcza po stronie nosowej. W oku zaś prawem brzeg nosowy tarczy lekko zamazany. Djagnoza: absc. cerebr. Trepanacja doszczętna. Kość eburneowana. W głębi jamy bęb. perlak. Zatoka poprzeczna pokryta ziarniną, tegmen tymp. rozrzedzony i zniszczony. Obnażenie twardej opony zgrubiałej i pokrytej obfitą ziarniną. Na głębokości 5 cm. wykryto ropę (za pom. punkcji). Rozcięcie mózgu wzdłuż wkłucia. Opróżnienie zawartości ropnia w ilości około 4 — 5 łyż. stołow. Po 6-dniowej trwającej poprawie na 7-y dzień nagle mors. Autopsja wykazała zniszczenie istoty mózgowej na rozciągłości wszystkich zwojów skroniowych od przodu ku tyłowi z wytworzeniem jamy długości 8 cm. szerokości 4 cm.

b) Chora A. N. lat 16. Przybyła na oddział po 10-dniowej obserwacji w szpitalu Św. Stanisława, gdzie przebywała jako chora na tyf. brzuszny: Objawy: bardzo obfite ropienie z ucha prawego. Górna ściana przewodu opuszczona. Bóle głowy. Ogólne osłabienie, brak łaknienia, tętno zwolnione (52), Kernig słabo zaznaczony. Odruch brzuszny na lew. stronie nie daje się wywołać. Niedowład lew. n. twarzowego. Ziewanie. Oczopląsu niema. Częste wymioty. Ciepłota 37,4^0. Natychmiastowa operacja po rozpoznaniu ropnia w praw. zrazie skroniowym. Po otwarciu antrum wykryto perlak, drążący w kierunku tegmen tympani i ku tyłowi. Rozrzedzoną kość tegm. tymp. oddłutowano, obnażono twardą oponę na przestrzeni 3 cm. Opona zgrubiała, mocno wypięta, koloru brudno-szarawego, bez połysku. Punkcja wykazała obecność ropy na głębokości 6-iu cm. W kierunku wkłucia rozcięto istotę mózgową, poczem z rany wylewa się pod dużem ciśnieniem, płynna cuchnąca posokowata ropa w ilości około 4 stoł. łyżek. Pod koniec tego zabiegu — zapaść: chora bez tętna, oddech powierzchowny. Operacja przerwana. Chora otrzymuje 6 cm^3 kamfory (0,3) podskórnie.

W przeciągu pierwszych 3 dni po operacji stan chorej powoli się poprawia tętno staje się szybszem (do 90 na minutę). 8-go dnia po operacji oczopląs poziomy, żywszy w stronę prawą, poziomo-obrotowy — wlewo. Dopiero w październiku usunięcie tylnej ściany z plastyką i następczem zamknięciem rany. Chora obecnie zdrowa.

Dyskusja.

Sinołęcki: jaki drenaż stosował w powyższych wypadkach kol. Lubliner?

Lubliner: ważne jest częste sączkowanie zwyczajną gazą.

Dworecki. Przypadek *mikrotji obustronnej*.

K. D. l. 34, rymarz. Po obu stronach prawidłowo rozwinięty płatek, od niego pionowo wgórę biegnie pokryty normalną skórą wąski wałek 4—4½ mm. długości, tuż nad płatkiem stylu twór przypominający skrawek, po odchyleniu którego widoczne płytkie lejkowate zagłębienie, za którem wyczuwa się wylot kostnego przewodu zewnętrznego. Wygładzenie mięśni twarzy po stronie lewej i niedowład nerwu twarzowego (oko lewe niedomyka się).

Zgłębnikowanie trąbek Eustachjusza napotyka no opór.

Badanie słuchu: Potoczna mowa:

po prawej stronie 2 mtr., po lewej 1,5 mtr. szept:

„ „ „ 20 ctm., „ „ 15 ctm.

Roentgen (Dr. *Zawadowski*): Na zdjęciach podstawy czaszki przewód słuchowy kostny zewnętrzny nie zarysował się wyraźnie, co przemawiałoby za jego brakiem. Wyrostki sutkowe słabo rozwinięte: brak zupełny ich pneumatyzacji.

Na podstawie powyższego stwierdza się w danym przypadku brak części pochodzących od gnykowych guzków usznych, powstających już w 5-ym tygodniu życia płodowego.

Wobec zupełnie dostatecznego słuchu i wyniku badania roentgenologicznego, kol. Dworecki wypowiada się przeciwko jakiejkolwiek interwencji chirurgicznej tak dla celów naprawy słuchu, jak i plastycznych. To ostatnie zadanie rozwiązał sam pacjent, zapuszczając sobie włosy, z pod których widać tylko zupełnie prawidłowo rozwinięte płatki.

Dyskusja.

Sinołęcki: są to przypadki dość częste. Choremu w danym przypadku chodziło przed laty o efekt kosmetyczny, który został osiągnięty przez noszenie długich włosów. Chory zaniechał obecnie wszelkich prób naprawy całej sprawy usznej. Elektroliza dobrze usuwa atrezję nawet kompletną, t. j. na całej rozciągłości przewodu.

Kmita przypuszcza że w danym przypadku przewody są prawdopodobnie zachowane, bo słuch jest dość dobry.

Karbowski: Klisze nie są przekonywające. K. zgadza się z kolegą Kmit. Chodzi przy rentgenoskopji o prawidłowe ułożenie chorego.

Lublibner opowiada o przypadku zupełnej aplazji muszli usznych z dobrze zachowanym słuchem. Chorym chodzi w tym wypadku o efekt kosmetyczny.

Czarnecki: zabiegi operacyjne są w tych przypadkach bezcelowe.

Chorążycki J. Czy robiono próby kateteryzacji ucha środkowego?

3) *Chorążycki J.* przedstawia 61-letniego mężczyznę z *całkowitem porażeniem lewego nerwu zwrotnego*. Porażenie powstało stopniowo wskutek ucisku, wywołanego przez nowotwór śródpiersia i lewego płuca, jak wykazuje rentgenogram. Jeszcze przed 6 tygodniami można było obserwować u chorego tylko częściowy bezwład nerwu zwrotnego, mianowicie porażenie lewego mięśnia pierścienno-nalewkowego tylnego; dopiero od niedawna struna głosowa przeszła z położenia pośrodkowego w położenie trupie. Demonstrowany przypadek potwierdza przypuszczenie Semon-Rozenbacha, iż przy schorzeniach pnia nerwu zwrotnego przedewszystkiem ulegają porażeniu gałązki unerwiające rozwieracze głośni—

reszta zaś mięśni zostaje sparaliżowaną dopiero w okresie późniejszym. Tem się też tłumaczy, iż chory w pierwszym okresie swej choroby odczuwał znacznie większe upośledzenie przy oddychaniu, niż później, kiedy bezwład ogarnął zarówno zwieracze jak i rozwieracze lewej połowy głośni.

Drugi przypadek demonstrowany przez Ch. J. dotyczy młodej 23-letniej mężatki dotkniętej jednocześnie *otosklerozą oraz sklerodermją en plaques*. Współistnienie obu tych chorób należy zaliczyć do zdarzeń niezmiernie rzadkich, gdyż dotychczas znane są tylko dwa przypadki (Dr. Aleksander i Dr. Lubliner). Oczywiście, można tu tylko mówić o przypadkowem zespoleniu obu tych schorzeń, jakkolwiek badanie drobnowidowe wykazuje pewną analogję w t. zw. metaplazji tkanek zarówno w otosklerozie jak i w sklerodermji. Pewnego pokrewieństwa należałoby być może szukać w ewentualnej ich zależności od schorzeń w układzie wydzielania wewnętrznego.

Dyskusja.

Quoad a)

Lubliner: porażenia n. recurr. przy nowotworach śródpiersia są dość rzadkie. Z oddziału V na Czystem ogłoszono 16 przypadków ale wszystkie bez porażenia n. recurr. W danym przypadku porażenie to tłumaczy się wysokiem położeniem nowotworu.

Quoad b)

Hellin: z punktu widzenia etjologji jest pewna analogja między sklerodermją a otosklerozą, gdyż obydwa cierpienia są zależne od zaburzeń w układzie gruczołów dokrewnych.

Lubliner: W rodzinie z częstą gruźlicą w wieku lat 25 Dr. L. obserwował sklerodermję w tym samym wieku.

Chorążycki J. Dermatolodzy już dawno leczą sklerodermję preparatami organicznemi.

Karbowski. Przypadek *recydywującej głuchoty nieustalonego pochodzenia*. Przyp. dotyczy 20 l. pac. która pochodzi podobno ze zdrowej rodziny. W latach dziecięcych chorowała na gruźlicę stawu kolanowego i innych części układu kostnego. Przed dwoma laty chora podobno prawie nagle ogłuchła, po kilku dniach jednak słuch odzyskała o tyle, że swobodnie mogła się porozumiewać z otoczeniem. Kilka tygodni temu chora znowu ogłuchła przyczem przez kilka dni miała zawrót głowy i mdłości. Obecnie chora nie czuje zawrotów głowy, głuchota trwa.

Badanie wykazało: błona bez istotnych zmian. Słuch pr. ucha głuchota dla mowy i stroików a, i c^5 A1 słyszy (?).

Rinne pr. strona — 0.
lewe ucho — 4.

Narządy n. przedsionkowego: pobudliwość zachowana, lecz obniżona.

Tego rodzaju obraz kliniczny i przebieg kliniczny możliwy jest tylko w przyp. głuchoty na tle kiły wrodzonej odziedziczonej (lues hereditaria tarda). Badanie krwi i płynu mózgowordzeniowego na odczyn Wasermana wypadło ujemnie. Odczyn Nonne Appdta, Pandy'ego i koloidalny również ujemny. Wynik badania nie wyklucza kiły odziedziczonej spóźnionej.

Dyskusja: z udziałem kol. Lublinera, Hellina, Kmity.

5) *Pęski*. Pokaz chorego *z sarkomatem krtani*.

Chory lat 44 od 6 miesięcy odczuwa przeszkodę w gardle przy jedzeniu

zwrócił się o poradę do lekarzy: leczenie ograniczało się do płukania gardła. Od dwóch miesięcy odczuwa dotkliwy ból przy jedzeniu, oraz chrypkę. Badanie lusterkiem krtaniowem stwierdza porażenie lewej połowy nagłośni w postaci guza, wypełniającego prawie zupełnie fossa pyriformis, nacieczenie lig. ary-epiglotticis i chrząstki nalewkowej; prawie zupełne unieruchomienie lewej połowy krtani. Gruczoły chłonne podszczękowe, szyjne i nadobojczykowe nie są powiększone. Od strony wewnętrznej nagłośni dwukrotnie z przerwą tygodniową wzięto wycinek. Badanie drobnowidowe dwukrotnie stwierdziło sarcoma. Mięsaki krtani spotykają się stosunkowo rzadko. Dr. Pęski myśli że częściowo usunięcie nagłośni jest niecelowe, całkowite wyłuszczenie krtani wskazane jak przy rakach. Zaproponował zastosowanie naświetlań Roentgenem.

Widział chorego w 2 tygodnie po naświetlaniach — prawie kompletne restitutio ad integrum. Chory nie cierpi, je bez bólu: głos się poprawił.

6) *B. Chorążycki* pokazał preparat *perlaka wyjątkowo dużych rozmiarów*. Przy operacji, już po przecięciu powłok zewnętrznych w 2 miejscach widać było znaczny ubytek kości wyrostka, wypełniony srebrzystą otoczką perlaka. Cała kość skroniowa wyżarta i wypełniona masą perlistą: zatoka szeroko obnażona, tegmen zniszczony na większej przestrzeni i dura mater zrośnięta z otoczką tak, że nie sposób jej odłuszczyć. Przewodu zewnętrznego niema wcale. Zaznaczone jest tylko wejście do niego, w którem sterczy ziarnina. Perlak nie zropiały i bez zapachu. Sekretarz: *B. Chorążycki*.

Posiedzenie naukowe 29.XII 1927 r.

1) *Lubliner* w zastępstwie Dr. Gottfryda przedstawił chorego L., 62 l., z zawodu cieślę, u którego od roku zaczęła się sprawa chorobowa na dziąśle nad 1-ym trzonowym zębem z lewej strony. W następstwie owrzodzenie przeszło na przeciwległe miejsce wargi górnej. Od 3-ch miesięcy na podniebieniu twardem i miękkiem również po stronie l. spostrzegł owrzodzenia coraz się powiększające. Przed 2-ma miesiącami był naświetlany. Owrzodzenia nie bolesne. Na dziąśle górnem owrzodzenie kraterowate również na wardze górnej. Na podniebieniu twardem i miękkiem owrzodzenia jednolite, powierzchowne, pokryte gdzieniegdzie grudkami jakby gruzełkami. Dokoła tych owrzodzeń zgrubienia nabłonka.

Badanie krwi na odczyn W.

Badanie mikroskopowe wyciętych kawałków wykazało budowę tkanki zapalnej bez gruzełków i komórek nowotworowych. Rozpoznanie: *leukoplakia palati*.

Dyskusja.

Karbowski: czy nie jest to spóźniona postać lues (lues tarda). Brzegi przemawiają za ulcus rodens.

Pęski: nierówne brzegi przemawiają za lupus.

Hellin nie widział gruzełków w danym przypadku.

Lubliner: przedstawił przypadek, żeby usłyszeć zdanie kolegów. Pokaże go powtórnie.

2) *Czarnecki* przedstawił chorego lat 56, który zwrócił się do niego przed 2-ma miesiącami z powodu chrypki (trwającej od roku) i duszności (trwającej od 2-ch miesięcy). W czerwcu chory przez 9 dni pozostawał w Warszaw. Klin. Oto-lar., gdzie po zbadaniu (reak. Wasserm. ujemna, badanie wycinka z guza wykazało układ podobny do Ca) zaproponowano mu wycięcie krtani, na co chory

się nie zgodził. We wrześniu do chrypki przyłączyła się duszność. Chory zwrócił się do kliniki laryng. w Poznaniu, gdzie również zaproponowano mu wycięcie krtani. Przy badaniu krtani stwierdzono guz, zajmujący dużą przestrzeń i zwężający znacznie światło krtani. Lewa strona niewidoczna, unieruchomienie lewej połowy krtani całkowite. Tytułem próby kol. Czarn. zalecił choremu KJ. po 3,0 pro die w ciągu 2 tygodni. Po upływie tego czasu, guz znacznie się zmniejszył, duszność ustąpiła, a chrypka, która trwała od roku, chwilami ginęła. W ciągu następnych 6-ciu tygodni chory przyjmował KJ. po 1,0 pro die, przyczem zarówno stan ogólny (zyskał 2 kilo na wadze) jak miejscowy bardzo się poprawił, tak, że chory uważa się za zdrowego (duszność i chrypka całkowicie ustąpiły). Obecnie zmiany w krtani znacznie mniejsze, struna głosowa widzialna, chwilowo widać jakby ruchomość lewej połowy krtani. Czarn. ma zamiar zastosować w dalszym ciągu leczenie rtęcią, uważając tę sprawę za lues.

Dyskusja.

Kmita: duże dawki jodu powinny były sprawę nowotworową pogorszyć (jodismus!), polepszenie należy stanowczo uważać za objaw przemawiający za lues.

Lubliner: powiększony gruczoł na lig. conicum przemawia za rakiem.

Karbowski: nie zawsze powiększony gruczoł chłonny na lig. conicum przemawia za rakiem. Przy tbc. również może być taki gruczoł powiększony na lig. conicum.

3) *B. Chorążycki* pokazał preparat krtani, wyciętej ż powodu raka. Operacji dokonał dr. Sołowiejczyk. Nowotwór zajmuje całą lewą stronę krtani i przechodzi na hypopharynx, na całą jego przednią stronę, aż do przełyku. Za życia przy wziernikowaniu krtani widać było, jak górna część nowotworu napełniała się powietrzem. Na preparacie widać, że ventr. Morgangni nie jest zajęty i przy commissurs ant. zachowane jest wejście do niego.

Sprawozdania z posiedzeń Sekcji Lwowskiej

Posiedzenie naukowe z dnia 14 lutego 1927. Obecnych 9 członków, przewodniczy prof. *Zalewski*. Dr. *Dobrzański* przedstawia przypadek *przewlekłego zapalenia jamy czołowej* lewej z przetoką na powiece górnej wyleczony operacyjnie. Dr. *Krygowska* przedstawia dwa przypadki *przewlekłego ropienia jam czołowych* wyleczonych operacyjnie (m. Luc-Ongston). Dr. *Dobrzański* przedstawia przypadek *mięsaka migdałka (sarcoma tonsillae*) wyłuszczonego przez jamę ustną. Dr. *Dobrzański* przedstawia przypadek *brodawczaka właściwego nosa (papilloma durum nasi)* rozwiniętego na tle twardzieli nosa wyleczonego operacyjnie. Dr. *Kędzierski* przedstawia przypadek *zapalenia zakrzepowego zatoki esowatej (trombophlebitis sinus sigmoidei)*, połączonego ze zropieniem żył głębokich szyjnych, wyleczonego operacyjnie. Dr. *Dobrzański* przedstawia trzy przypadki *ciał obcych w oskrzelach* u dzieci pęczniejących (ziarna fasoli) wydobytych drogą bronchoskopji. Prof. *Zalewski* przedstawia dwa przypadki ropni móżdżku pochodzenia usznego na preparatach anatomicznych.

Posiedzenie w sprawach zawodowych z dnia 19 czerwca 1927. Obecnych 7 członków, przewodniczył prof. *Zalewski*.

Posiedzenie naukowe z dnia 14 listopada 1927. Obecnych 10 członków, przewodniczy prof. *Zalewski*. Prof. *Zalewski* przedstawia przypadek *śród-*

błoniaka podniebienia miękkiego (*endothelioma palati mollis*) wyłuszczonego operacyjnie. Prof. *Zalewski* przedstawia przypadek *gruźlicy kostnej* wyrostka czołowego szczęki górnej wyglądem swym przypominającej kostniak, operacyjnie wyleczonej. Dr. *Dobrzański* przedstawia przypadek *nawrotu mięsaka w gruczołach szyjnych* po wyłuszczeniu pierwotnego ogniska w migdałku lewym bez nawrotu w jamie pooperacyjnej. Dr. *Dobrzański* przedstawia przypadek *resekcji nagłośni*, zwężającej światło krtani skutkiem bliznowatych przykurczów nagłośni i fałdów nalewkowonagłośniowych, na tle twardzieli. Dr. *Dobrzański* przedstawia przypadek *sluzowatego rozdęcia jamy sitowej przedniej* lewej (*mucocele ethmoidalis sin*). Dr. *Dobrzański* przedstawia przypadek *operacji plastycznej nosa siodełkowatego* z blizną u nasady nosa oraz podaje objaśnienia różnych metod operacyjnych.

Posiedzenie naukowe z dnia 20 grudnia 1927. Obecnych 7 członków, przewodniczy prof. *Zalewski*. Streszczenie referatów z czasopism zagranicznych. Dr. *Krygowska* przedstawia przypadek *twardzieli tchawicy i oskrzeli*, przybyły do kliniki z ogromną dusznością, u którego przez stale co kilka dni powtarzane bronchoskopje dolne, wywierające ucisk na nacieki twardzielowe, przez przeciąg 5 miesięcy uzyskano bardzo znaczną poprawę. Dr. *Szumowski* przedstawia przypadek *twardzieli tchawicy*, z bardzo silnem jej zwężeniem, u chłopca 9-letniego, leczony bronchoskopją dolną i naświetlaniami promieniami X. Dr. *Kędzierski* przedstawia przypadek *ropnego przewlekłego zapalenia ucha środkowego* z zajęciem wyrostka sutkowego oraz zakrzepowem zapaleniem zatoki esowatej wyleczony operacyjnie. Dr. *Dobrzański* przedstawia przypadek kamienia ślinianki podjęzykowej lewej wydobytego operacyjnie od strony jamy ustnej. Dr. *Dobrzański* przedstawia *trzy kości różnej wielkości wydobyte z przełyku przez ezofagoskopję* w trzech przypadkach. Dr. *Szumowski* przedstawia *ostrą cienką kosteczkę* długości okolo 3 cm, wydobytą z zatoki gruszkowatej gardła w lusterku krtaniowem.

M. Krygowska.

STRESZCZENIA.

Nos.

Prof. S. BELINOF. Pogląd na ozenę jednostronną pochodzenia traumatycznego. (Revue de laryng d'otolog. et rhinolog. Nr. 19) 1928.

Autor podaje ciekawy przypadek ozeny nosa jednostronnej pochodzenia urazowego. Choroba powstała przed 20-u laty po samobójczym postrzale rewolwerowym. Przyczynę chora dłuższy czas skrywała, przeto przypadek ten traktowany był w leczeniu jako ozena zwykła. Z chwilą ujawnienia istotnej przyczyny cierpienia, po uprzedniem zdjęciu rentgenowskiem, dokonano drogą operacyjną zewnętrzną usunięcia kuli rewolwerowej, która tkwiła tuż pod lamina cribrosa os. ethm.

Chora po upływie kilku dni po zabiegu zmarła wskutek zapalenia opon mózgowych, spowodowanego interwencją chirurgiczną.

Autor w omówionym przypadku tłumaczy powstanie ozeny uszkodzeniem przez pocisk obwodowych gałązek n. trójdzielnego,

co w konsekwencji doprowadziło do zmian troficznych błony śluzowej połowy nosa.

D. STERNBERG. Stan zatok bocznych przy Rhinitis vasomotoria. (Monatsch. f. Ohrenheilk. 9 Heft. 62. Jahr.).

Sternberg miał pod swoją obserwacją 47 chorych z Rhinitis vasomotoria o objawach śluzo-wodnej wydzieliny z nosa, kichania i bólów głowy. W wyniku dokonanych badań nosa i zatok bocznych, prześwietlanych za pomocą Roentgena, autor przychodzi do następującego wniosku w sprawie skutków tego cierpienia. Wbrew twierdzeniom Hajeka, Uffenordego i Hirscha, że Rhinitis vasomot. powstaje najczęściej u osób cierpiących na kataralny stan zatok i polipy nosa (te ostatnie, według ich zdania, są skutkiem pomienionego cierpienia zatok) Sternberg przypusza, że raczej odwrotnie: długotrwające funkcjonalne przeszkody przy Rhinitis vasomotoria prowadzą do wyżej wspomnianych zmian anatomicznych w nosie i zatokach, podobnie jak Asthma bronchiale powoduje Bronchitis hyperplastica.

Wynik badania Roentgenem u przytoczonych chorych przeważnie był ujemny. Przekłucia zatok nie robiono, gdyż kilkakrotna rynoskopja nie wykazała zmian patologicznych (brak ropy i polipów). Stwierdzono tylko wazomotoryczne zabarwienie śluzówki nosa (sinawo-białe, ograniczone, czasami rozlane).

Bóle głowy przy Rhinitis vasomotoria, posiadające cechy bólów przy zajęciu zatok, należy tłumaczyć jednak nie uciskiem ściekającej ropy, jak przy schorzeniu zatok, lecz wahaniami czynności roślinnych ustroju (ciśnienie krwi, temperatura i t. d.). *K. Sawicz.*

CHARSZAK. Własna metoda oper. ozeny. Żurnał U.N.G. bd. 1928.

Najpierw A. robi szeroki otwór w przedniej ścianie zatoki szczękowej jak to robimy w oper. Caldvell-Luc'a. Nożykiem Killiana przecina śluzówkę w nosie przed muszlą środkową i dolną — po dnie nosa aż do przegrody i ostrożnie oddziela ją od kości. Przez ranę kostną w zatoce nacina wzdłuż dolnego brzegu śluzówkę wewnętrznej ściany zatoki. Od strony nosa dłutem prostem przebija kość do zatoki u dolno-przedniego jej kąta. Dłutem bagnetowatem przebija całą wewnętrzną ścianę zatoki w dolnym jej odcinku aż do tyłu. Mocnym raspatorem odsuwa się tą ścianę ku wewnątrz i umocowuje się tamponami włożonemi przez nas do jamy szczękowej. Ranę w ustach zeszywa się. Pierwszy opatrunek na 4 — 5 dzień. Tampony należy utrzymywać do 7 tygodni. Z 13 operowanych tą metodą w 10 wynik dobry.

Wąsowski.

Gardło.

ALBERT TIBBES. Pooperacyjne krwotoki migdałkowe spowodowane drobnoustrojami Vincenta. (The Laryngoscope 1927. Nr. 12.

Krwotoki takie są rzadkie. A. w ciągu 15 lat swej pracy klinicznej rozpoznał takie krwotoki w 5 przypadkach, których historję choroby przytacza. We wszystkich krętki i wrzecionkowce były stwierdzone

w ilości, nie pozostawiającej żadnej wątpliwości co do swoistego zakażenia. Objawy przedoperacyjne we wszystkich były podobne: powtórne napady zapalenia migdałków, ból gardła, po najmniejszem zaziębieniu; wszyscy byli osobnikami z upośledzonem odżywieniem, niedokrwiści, łatwo męczący się, bóle mięśniowe, czasem b. silne, obfita gęsta, strzępiasta wydzielina z górnego odcinka dróg oddechowych. Pooperacyjne objawy były podobne. U jednego chorego krwawienie wystąpiło po 5-ciu godzinach, u pozostałych 2 — 7 dn. Krwotok występował nagle, bez widocznej przyczyny; krew prędko ścinała się, wypełniając jamę pooperacyjną, lecz stale występował sopel z pod skrzepu. We wszystkich przypadkach krwotok sam zatrzymywał się w jednem miejscu, aby wystąpić w innem. Po oczyszczeniu jamy ze skrzepów widoczne były liczne brunatnawe plamki na bladem tle jamy; przy dotykaniu tych miejsc występowało krwawienie. W dalszym ciągu na brzegach łuków i miękkiego podniebienia powstawały płytkie owrzodzenia o nierównych brzegach, łatwo krwawiące przy dotyku. Leczenie: szybko oczyścić jamę ze skrzepów i wywierać silny ucisk tamponem gazy, zmoczonym czystym dwutlenkiem wodoru. Zwykle to prędko powstrzymuje krwawienie. Wówczas tampon zmoczony dwutlenkiem wodoru umieszcza się w jamie i pozostawia się na kilka godzin, poczem się usuwa a jamę pendzluje się 10% glicerynowym rozczynem neoarsphenaminy co 4 godz. Co 2 godziny płókanie 50% dwutlenkiem wodoru z następnem płókaniem $^1/_2$ nasyconym rozczynem nadboranu sodowego.

Prof. GESCHELIN (Odessa). Angina agranulocytotica. (Acta Oto-Laryngol. fasc. 30 1928).

A. przytacza historję choroby kobiety l. 49, przywiezionej do szpitala w stanie b. ciężkim, nie może stać ani mówić, ciepłota 39^0, początek nagły, ból głowy i brzucha, na drugi dzień ból gardła. Przy badaniu G. stwierdził rozpad na łukach, podniebieniu, języczku, dziąsłach, przednia $^1/_3$ języka pokryta małemi owrzodzeniami barwy brudno-szarej, na pozostałej części języka zlewające się owrzodzenia. Zatoki migdałkowe wypełnione masą nekrotyczną szarej barwy, pojedyńcze ogniska na podniebieniu i śluzówce policzków, rozpad na fałdach nagłośniowo-językowych i wolnym brzegu nagłośni. W narządach wewnętrznych zmian nie stwierdzono. Formuła krwi: basophile, eosynophile, myelocyty, postacie młode — brak, pałeczkowate 3%, wielojądrzastych brak, lymphocyty — 81%, monocyty i przejściowe 15%, plasmatyczne 1%; czerwonych ciałek 3,300,000, białych 938; czerwone ciałka żadnych zmian nie wykazują. Stan chorej szybko się pogarszał i chora wkrótce zmarła. Cały obraz kliniczny i krwi bardzo podobny do postaci chorobowych, opisywanych przez Schultza i Friedmann'a pod nazwą agranolocytozy: nagły początek, szybki rozwój zmian w jamie ustnej i gardle, ciężki stan ogólny, obraz krwi wskazują na ciężkie schorzenie krwi i narządów krwiotwórczych. Opisano dotąd przeszło 40 takich przypadków, większość tyczy się kobiet. Etjologja i patogeneza choroby pozostają dotąd nieznane. Nie można obecnie rozstrzygnąć, czy zmiany miejscowe w ja-

mie ustnej są pierwotne i są punktem wyjścia dla zakażenia, czy też wtórne, występujące wskutek miejscowego zmniejszenia odporności, spowodowanego zniknięciem granulocytów. Friedmann przypuszcza, że właśnie pierwotne jest schorzenie krwiotwórczości i to powoduje osłabienie odporności organizmu i wtórne zakażenia w miejscach najwięcej sprzyjających rozwojowi drobnoustrojów, jak jama ustna, gardło, przewód pokarmowy. Rokowanie fatalne, gdyż prawie wszystkie dotąd opisane przypadki zakończyły się śmiercią (oprócz 2 i to mężczyzn). Leczenie bez wyniku.

THAMSON. Angina agranulocytotica. Dwa przypadki. (The Laryngoscope 1928. Nr. 6).

W jednym u kobiety lat 34 owrzodzenie na środkowej części wargi górnej z szarą wydzieliną, prędko zwiększające się, po paru dniach owrzodzenie na brzegu języka; na preparacie mazanym krętki i wrzecionkowce, w hodowli gronkowiec złocisty i paciorkowiec. Zastosowano 20% zawiesinę neosalwarsanu w glicerynie. Owrzodzenia zwiększają się szybko. Nowe owrzodzenie na migdałku i neosalwarsan dożylnie. Owrzodzenia wciąż się rozszerzają, ciepłota koło 40^0, ogólne osłabienie znaczne; owrzodzenia na dziąsłach i podniebieniu. Powtórne badanie wydzieliny znów wykazało obecność krętków i wrzecionkowców. Badanie krwi: czerwonych ciałek 3,900,000, hemogl. 72%, białych ciałek 1000, wyłącznie lymphocyty, brak zupełny wielojądrzastych i innych postaci. Osłabienie zwiększa się; przetaczanie krwi. W wydzielinie brak krętków i wrzecionkowców. Chora zmarła po 3 tygodniach od początku choroby.

W drugim przypadku u mężczyzny lat 58 lekki ból gardła i dreszcze. Przy badaniu obrzmienie i zaczerwienienie gardła, oba migdałki i języczek pokryte brudno-szarym nalotem, oddech cuchnący, gruczoły szyjne znacznie powiększone. Zastosowano 15 tysięcy jednostek surowicy. Zrobiono posiew — wynik ujemny co do Klebs Loefflerowskich pałeczek, czysta hodowla gronkowca złocistego. Badanie krwi: czerw. ciał. 3,800,000, hemogl. 70%, białych ciałek 900, wyłącznie lymphocyty. Na trzeci dzień naloty na podniebieniu twardem, dziąsłach i policzkach. Krtani nie można było zbadać. Oddech znacznie utrudniony, znaczna sinica, tętno prędkie i małe. Ciepłota 40^0. Chory zmarł podczas przygotowań do tracheotomji.

Rozwadowski.

Krtań.

PORTMAN. Pomocniczy zabieg chirurgiczny przy leczeniu naświetleniami raka krtani. (Acta Oto-Laryngol. 1929. Fasc. 3.

Chrząstkowa część krtani jest przeszkudą dla przenikania głębszego promieni Roentgena. W celu usunięcia tej przeszkody autor podaje sposób podochrzęstnego wycięcia blaszek chrząstki tarczykowej, przy czem albo wycina duże otwory w chrząstce, pozostawiając szkielet chrząstki, aby zachować światło krtani, albo też usuwa całą chrząstkę po uprzedniem dokonaniu tracheotomji i założeniu rurki, gdyż w tym wypadku światło krtani spada się, będąc pozbawione

stałego oparcia. Ochrzęstnę zewnętrzną zeszywa się ketgutem, następnie zszywa się mięśnie, a potem skórę. Gojenie się per primam. Po 8 dniach zaczynają się naświetlania.

FRANK SPENCER. Symptomatologja, rozpoznawanie i leczenie gruźlicy krtani. (Annals of Oto R Lar. 1928. Nr. 1.

Według danych statystycznych w 45—90% wszyscy z zaawansowaną gruźlicą płuc mają gruźlicę krtani jako powikłanie na miesiąc lub wiele miesięcy przed śmiercią. Zapobieganie gruźlicy krtani jest tylko możliwe przez wczesne rozpoznanie gruźlicy płuc i zastosowanie odpowiedniego leczenia. Objawy podmiotowe są często łagodne, mało zwracają uwagę tak chorego jak i lekarza we wczesnym okresie. Chory może mieć chrypkę rano po wstaniu lub w ciągu dnia po kaszlu, mówieniu, paleniu i t. p. Wypoczynek zwykle zmniejsza chrypkę, lub zwykłe domowe leki. Napady chrypki mogą zdarzać się coraz częściej. Afońja jest już momentem ostrzegającym; dysphagia i zwłaszcza odynphagia są późnemi i groźnemi objawami. Przedmiotowo możemy znaleść anemję śluzówki czasem z pstrem zabarwieniem, przy silniejszem kaszlu przekrwienie — są to objawy wstępne. W dalszym okresie nacieki głównie tylnej połowy krtani, następnie owrzodzenia, jeżeli nieduże mogą nie sprawiać dolegliwości. Obrzmienia, zapalenie chrząstki, ochrzęstnej, martwica są późnemi objawami. Jeżeli zmiany te obejmują chrząstki nalewkowe, stan jest bardzo poważny i wskazuje na prędki koniec. Przy rozpoznawaniu różniczkowem należy uwzględnić kiłę, raka, promienićę, wilka, przewlekły nieżyt i wyjątkowo trąd. D-r Dean i Beck widzieli przypadki jednocześnie gruźlicy, kiły i raka. Leczenie—absolutne milczenie. Naświetlanie krtani słońcem jest jednym z najlepszych środków do powstrzymania, a często i wyleczenia choroby. Spław magnezji z aluminjum odbija ultrafiołkowe promienie słońca, wówczas gdy szkło pochłania je. Zaczyna się od 10 sekund, przedłuża się co tydzień o 5 sekund nim się nie dojdzie do 10 minut. Kauteryzacja nacieków owrzodzeń Kauter powinien być rozżarzany do białości i robi się głębokie nakłucia tkanki 2 — 3. Wstrzykiwanie tuberkuliny do krtani daje dobre wyniki w wyjątkowych przypadkach. Dawki minimalne od $^{1}/_{10}$ do 100 mlgr. AT. Wstrzykuje się głęboko do miejsca największego nacieku.

Rozwadowski.

Varia.

WOŹNIESIEŃSKI i BERMAN. O miejscowem zastosowaniu ultra — fioletowych promieni w gruźlicy i toczniu nosa, jamy usznej i krtani. (Żurnał usznych, nosowych i gorł. bol. Nr. 9—10. 1928 r.).

Naświetlano lampą Kromayera z lokalizatorem Cemacha z odległości 10 cm. w ciągu 1 — 8 minut, raz tygodniowo. Porażone miejsca oczyszczano ze śluzu, strupów i krwi. Materjał obejmował 58 chorych, który podzielono na trzy grupy. I-a grupa obejmuje 37 przypadków z tuberculosis luposa (Lupus vulgaris) śluzówki nosa, jamy ustnej i krtani, II-a grupa 17 przypadków gruźliczego porażenia śluzówki jamy ustnej, migdałków, krtani, języka i warg, wreszcie

III-a grupa 4 przypadki — różne inne schorzenia, jak rak wargi, pęcherzyca nosa, jamy ustnej i krtani i stomatitis apthosa.

Zupełne wyleczenie chorych I grupy osiągnięto w 8 przypadkach, znaczne polepszenie — w 17 przyp., nieznaczne polepszenie w 9, z wynikiem ujemnym — 3 przypadki. W II-ej grupie—zupełne wyleczenie w 4 przypadkach, znaczne polepszenie w 5-ciu, nieznaczne polepszenie w 8. W przypadkach III-ej grupy ultra-fioletowe promienie dobroczynnie wpływały na zmniejszenie bólów przy połykaniu, pobledniemie owrzodzeń, ustanie ślinotoku.

Autorzy notują, że najlepsze skutki lecznicze osiągnięto przy naświetlaniu form wrzodziejących, gdzie jest naruszona całość nabłonka, natomiast gruzełki lupus vulgaris stanowiące w istocie swojej rozrastającą się masę ze zgrubiałą powłoką nabłonkową, są bardziej odporne na działanie ultra-fioletowych promieni. Dlatego przed naświetlaniem uprzednio należy zniszczyć gruzełki, np. przyżegając je ac. trichloroacetic.

Miejscowe stosowanie ultra-fioletowych promieni nie powoduje ogólnego odczynu w organizmie i na tem polega wartość tej metody leczniczej w przypadkach wysiękowych form gruźlicy, gdzie ogólne naświetlanie jest przeciwwskazane. Metoda miejscowego naświetlania powoduje tylko ograniczoną ogniskową reakcję i jest doskonałym czynnikiem leczniczym tak pod względem subjektywnym (działanie znieczulające) jak i objektywnym.

Sawicz.

Wiadomości bieżące.

1) W końcu stycznia roku bieżącego ukazało się nowe wydawnictwo perjodyczne „Otolaryngologia Slavica“ pod naczelnem kierownictwem Prof. Dr. O. Kutvirta z Pragi, przy najbliższem współpracownictwie Precechtela, Seemana i Wiskowskiego. Nowe pismo przeznaczone jest dla pisarzy słowiańskich, którzy prace swe ogłaszać zechcą w jednym z trzech języków europejskich: francuskim, niemieckim lub angielskim w celu dokładniejszego zaznajomienia Europy Zachodniej ze słowiańskim otolaryngologicznym ruchem naukowym. Redakcja prosi, ażeby do każdego artykułu wydrukowanego w jednym z powyższych języków dołączone zostało streszczenie w obu językach pozostałych. W pierwszym numerze ukazały się prace Bondarenki, Wojaczka, Precechtela, Chiłoffa, Šercera, Podvinieca, Maljutina, Szmurły, Horniczeka i Seemanna. Pismo wydane jest bardzo starannie na doskonałym papierze z doskonale odbitemi rysunkami. Prenumerata roczna wynosi 215 koron czeskich. Prenumeratę przyjmują; Bursik a Kohout, Praha II, Vaclavské námesti 25.

Podjęcie tego wydawnictwa było, jak wiemy, postanowione na I Zjeździe Lekarzy Słowiańskich w Warszawie. Cel wydawnictwa—danie należytego pojęcia otolaryngologom zachodnioeuropejskim o ruchu naukowym otolaryngologicznym na ziemiach słowiańskich — zasługuje ze wszech miar na uznanie.

Jesteśmy pewni, że otolaryngolodzy polscy poprą poczynania inicjatorów

i że Otolaryngologia Slavica znajdzie licznych odbiorców wśród otolaryngologów polskich.

2) Sekcja Otolaryngologiczna 13 Zjazdu Polskich Przyrodników i Lekarzy otrzymała dotychczas zgłoszenia tematów od kol. Stępowskiej, Miodońskiego i Schwarzbarta z Krakowa, J. Chorążyckiego, Karbowskiego, D. Hellina, Mejersona, Srebrnego, Władysława i Zdzisława Dobrowolskich z Warszawy, Dylewskiego, Wąsowskiego, Rozwadowskiego, Lewandego, Sawicza z Wilna. Sekcja prosi o nadsyłanie przed dniem 1 czerwca streszczeń zgłoszonych referatów, które zostaną wydrukowane i zawczasu rozesłane wszystkim uczestnikom Zjazdu.

3) Klinika Otolaryngologiczna U. S. B. otrzymała w darze od. kol. F. Świeżyńskiego kilkanaście roczników Monatschrift fur Ohrenheilkunde, za co mu serdecznie dziękuje. Byłoby bardzo pożądane i dla polskiej nauki wielce pożyteczne, gdyby inni koledzy, posiadający bibljoteki zasobne w komplety roczników naukowych wydawnictw lekarskich, zechcieli naśladować kol. Świeżyńskiego i zbiory bibljoteczne ofiarowywali klinikom, które nie posiadają wielu wydawnictw i są za ubogie na to, aby je nabywać w antykwarjatach zagranicznych. Klinika Otolaryngologiczna U. S. B. np. z wdzięcznością przyjęłaby w darze roczniki Archiv. f. Laryngologie, Passow Beiträge, Journal of Laryngology i inne. Wydawnictwa te są jej bardzo potrzebne do pracy naukowej, a na ich nabycie nie posiada środków.

Zmarli.

G. Sluder, słynny otolaryngolog amerykański, twórca nauki o cierpieniach zwoju klinowo podniebiennego, twórca jednej z metod operacji usunięcia migdałków, wynalazca wielu bardzo dobrych narzędzi otolaryngologicznych.

Prof. F. Siebenmann z Bazylei jeden z najwybitniejszych otolaryngologów szwajcarskich.

Prof. B. Heine z Monachjum, doskonały operator, autor dzieła: „Operationem am Ohr.".

Dr. Ricardo Botey jeden z najwybitniejszych otolaryngologów hiszpańskich.

Cześć ich pamięci!

RÉSUMÉ.

A. Dobrzńaski. Un cas rare de papillome dur du nez et du palais. L'auteur décrit un cas de papillome dur du nez chez un homme scléromateux. La tumeur provoquait des grands maux de la tête. Les irradiations par les rayons de Roentgen restèrent sans résultats. Opération radicale (Rhinothomie latérale); guérison.

K. Szumowski. Sur le traitement du sclérome par les médicaments chimiques. Chez 22 malades scléromateux l'auteur se décida à éprouver des injections intramusculaires des medicaments chimiques suivants: Luatol, Bismuth-Chinin-Jodat,

le Quinquina avec le Novoarsenobensol et l'Argochrome. Conclusions: les meilleurs resultats, presque guérison, il a obtenu dans quelques cas de l'application du Luatol, l'amélioration minimale il a vu après le Quinquina avec le Novoarsenobenzol; l'Argochrome est resté sans résultat.

K. Szumowski. Un cas rare de corps étranger dans le conduit auditif externe. Déscription d'un cas rare de corps étranger dans le conduit osseux. Pendant l'opération on trouva un fragment de couteau qui avait pénétré dans le conduit externe il'y a quelques mois pendant une lutte.

A. Laskiewicz. Contribution à l'étude d'histopathologie des modifications provoquées par l'embolie del vaisseaux labyrinthiques.

L'auteur entreprit des nombreuses expériences sur les cobayes, lapins, chats et chiens, en but de contrôler les résultats obtenus par des autres investigateurs, concernant des troubles produits par des embolies aériennes portant le nom de maladie de caissons. Les réesultats obtenus par lui sont suivants: En cas d'élevation prompte de la pression atmosphérique jusqu'à 6 atmosph. et de son aussi prompt abaissement, il observait des hémorrhagies du tympan et de la muqueuse de la caisse dans toute son épaisseur. Les osselets furent disloqués partiellement, l'étrier fut arraché de la fenêtre ovale, la membrane secondaire fut fendue. Après la perforation préalable du tympan des tels troubles n'apparaissaient pas. De tous les animaux expérimentés les chiens se montrèrent les plus sensibles, la pression de 3 à 4 atm. produisant toujours chez eux des convulsions et de la paralysie des extrémités postérieures, la mort ayant été survenue apres 15 — 20 minutes, tandis que chez les autres animaux une pareille pression ne provoqua jamais des consequences plus graves. Dans l'oreille interne des cobayes et des lapins il observait l'arrachement de la membrane de Reissner, dislocation des cellules des étages supérieures de l'appareil de Corti, beaucoup de cellules de soutien se montrant troubles et enflées. Dans des cellules du ganglion spiral il constatait une tigrolyse nette, cette altération apparaissant la première, même en cas de pression peu élevée. Chez les chiens et les chats des allérations étaient plus profonds. Il y rencontrait alors des hémorrhagies plus accentuées dans les canaux semicirculaires et dans leurs ampoules dans la rampe tympanale et, dans la partie voisine à l'utricule.

A. Laskiewicz. Un cas d'abcès de Citelli compliqué par une perforation du sinus latéral. Déscription d'un cas d'abcès de Citelli d'origine perisinuisienne et epidurale, qui a produit la perforation du sinus latéral. Le malade est mort apres l'opération.

S. Lewande. Un cas d'abcès du cerveau d'origine otique. La déscription d'une observation personnelle d'abcès du cerveau qui prèsentait des grandes difficultés diagnostiques. Le malade fut operé. Mort dans 2 jours après l'operation.

A. Laskiewicz. Contribution à la clinique des corps étrangers dans le larynx. L'auteur fait un court aperçu de la pathogénese et de la clinique de cette affection. Le travail est illustré par sept observations personnelles trés intéressantes.

T. Wąsowski. La syphilis auriculaire (Suite). L'en semble des lésions, oú l'appareil nerveux de l'oreille est atteint indépendamment au cours de la syphilis acquise, permet de faire les conclusions suivantes: l'affèction atteint pius fréquemment tout le labyrinthe (52%). Au cours de la syphilis primaire et de la syphilis secondaire précoce on trouve l'atteinte de l'appareil vestibulaire, plus souvent la diminution d'excitabilité calorique; le défaut de parallélisme dans les reactions calorique et rotatoire, d'un mode réaction nel à l'autre est très caracteristique. Dans la période avancée de la syphilis cette dysharmonie fonctionnelle du vestibule disparait. A cette époque nous trouvons bien souvent le syndrome cochléaire—une baisse de l'audition plus ou moins accentuée, la réduction de la conductibilité osseuse et la diminution de l'audition des sons graves.

Dans le tabès et dans la paralysie progressive les lésions précoces consistent en les troubles vestibulaires isolés; on trouve toujours le parallélisme entre l'excitabilité calorique, rotatoire et galvanique. Les troubles auditits sont assèz rares (A suivre).

J. Smurło et T. Wonsowski. La déviation de la cloison en lumière des données statistiques et des observations cliniques.

Les auteurs, après avoir examiné 700 personnes de tout âge et 177 crânes de la Musée anatomique sont venus aux conclusions suivantes: 1) Les déviations sont les plus rares chez les enfants juspu'à 5 ans, puis leur nombre augmente graduellement entre la 6 - me et 15-me année, une préponderance, du reste peu marquée tombant sur

le sèxe mascullin (33,9% de garçons et 33% de filles). Dès cette période de la vie le nombre des déviations chez les hommes augmente considérablement en atteignant le chiffre do 62%, tandis que chez les femmes il ne s'élève qu' à 50%. 2) Les déviations à gauche sont plus fréquentes que celles à droit. 3) Les déviations se rencontrent non seulement dans la partie cartilagineuse, mais aussi dans la partie osseuse du septum; on peut les observer dans la partie supérieure de la cloison ainsi que dans sa partie inférieure. 4) La production des déviations du vomer se trouve en connection, dans la majorité de cas, avec sa structure et sa composition de deux lames osseuses coalescentes qui se trouvent sous la pression du cerveau et de la partie supérieure de la cloison. 5) Il faut chercher des causes de la déviation de la cloison dans les vices de développement du crâne; héredité, traumatisme, travail professionel, troubles du metabolisme des sels de calcium dans les os, voilà les causes principales de cette malformation nasale. 6) Bien que l'influence du haut palais sur la production des déviations nasales puisse être établie en vertu des données statistiques, cependant l'analyse des cas individuels des déviations très prononcées en présence du palais régulier et très bas prouve que cette influence n'est que secondaire et sans grande importance.

K. Sawicz. A propos d'un cas d'amyloide de la langue et du larynx. L'intérêt de ce cas consiste 1) en sa rareté exceptionnelle — les lésions amyloidiennes simultanées de la langue et du larynx en même temps n'ont pas été decrites jusqu'à présent, 2) en l'âge jeune du malade,—ou trouve toujours de l'amyloïde du larynx chez les vieillards,

B. Dylewski. Sur le traitement des sinusites chroniques et de l'ozéne par l'argyrol etc. L'auteur a fait le traitement des sinusites chroniquas et de l'ozène à l'aide de tampons d'ouate imbibés de l'argyrol, qu'il a fait glisser trois fois par jour sous le cornet moyen ou inférieur à l'aide d'une sonde courte nasale. En se fondant sur les résultats obtenus dans les cas personnels il vient à la conclusion que ce traitement est trés encourageant est doit être appliqué plus souvent dans les cas convenables des empyémes chroniques des sinus nasaux et de l'ozène.

T. Wąsowski. Une méthode de l'opération plastique retroauriculaire aprés l'évidement. L'auteur décrit une nouvelle méthode opératoire. Pour fermer l'ouverture

retroauriculaire il découpe 4 lambeand de la peau autour de l'ouverture, les découvre et les suture audessus. Le manque de peau il recouvre d'un autre morceau de peau pris de l'endroit de l'apophyse mastoidienne avec le pédicule du devant. Les desseises illustrenu ce procéde.